



**la collection
des conférenciers**

dirigée par F. Lamazou

<http://coursdemedecine.blogspot.com/>

**préparation
aux ECN**

Chirurgie digestive

Q. Pellenc
H. Tranchart
F. Lamazou

la méthodologie de rédaction

une fiche par item

les réponses types

les sujets tombés et tombables

les pièges classiques

MASSON

Copyrighted material

coursdemedecine.blogspot.com

<http://coursdemedecine.blogspot.com/>

Chirurgie digestive

coursdemedecine.blogspot.com

This One



BKBB-AY5-E2S6

Chez le même éditeur

Dans la même collection, « La collection des conférenciers » :

Cardiologie, par L. Sabbah, 2008, 120 pages.

Endocrinologie-Diabétologie, par F. Lamazou, L. Bricaire, 2007, 136 pages.

Gériatrie – Rééducation, par O. Gridel, 112 pages, 2007.

Gynécologie-Obstétrique, par F. Lamazou, S. Salama, 2007, 192 pages.

Hépto-gastro-entérologie, par O. Dubreuil, 2008, 120 pages.

Maladies infectieuses, par L. Bricaire, F. Bricaire, 2007, 136 pages.

Neurologie, par E. Jouvent, C. Denier. 2007, 208 pages.

Orthopédie – Traumatologie, par J. Amzallag, M. Amzallag, 2007, 112 pages.

Pédiatrie, par S. Laporte, G. Thouvenin. 2007, 200 pages.

Psychiatrie, par D. Ringuenet, C. Modenel, 2008, 168 pages.

Santé publique – Médecine légale, par S. Van Pradelles de Palmaert, T. Clozel, 2007, 120 pages.

Dans la collection *Carnets des ECN* :

Chirurgie digestive – Chirurgie orthopédique, par I. Dagher, E. Dagher. 2007, 128 pages.

Dans la collection *Réviser et s'entraîner en DCEM* :

Chirurgie digestive, par Ph. Chiche, 2004, 192 pages.

Chirurgie digestive

Quentin PELLENC

Interne en DES de chirurgie générale

Hadrien TRANCHART

Interne en DES de chirurgie générale

Frédéric LAMAZOU

Interne en DES de gynécologie-obstétrique, en DESC d'andrologie
et en DESC de médecine de la reproduction,
conférencier d'internat à Laennec, Hermès et Kalifa



**ELSEVIER
MASSON**



Ce logo a pour objet d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, tout particulièrement dans le domaine universitaire, le développement massif du « photocopillage ». Cette pratique qui s'est généralisée, notamment dans les établissements d'enseignement, provoque une baisse brutale des achats de livres, au point que la possibilité même pour les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée.

Nous rappelons donc que la reproduction et la vente sans autorisation, ainsi que le recel, sont passibles de poursuites. Les demandes d'autorisation de photocopier doivent être adressées à l'éditeur ou au Centre français d'exploitation du droit de copie : 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris. Tél. 01 44 07 47 70.

© 2008 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés

62, rue Camille-Desmoulins, 92442 Issy-les-Moulineaux cedex

<http://www.elsevier.fr> et <http://www.masson.fr>

Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction par tous procédés, réservés pour tous pays.

Toute reproduction ou représentation intégrale ou partielle, par quelque procédé que ce soit, des pages publiées dans le présent ouvrage, faite sans l'autorisation de l'éditeur est illicite et constitue une contrefaçon. Seules sont autorisées, d'une part, les reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective et, d'autre part, les courtes citations justifiées par le caractère scientifique ou d'information de l'œuvre dans laquelle elles sont incorporées (art. L. 122-4, L. 122-5 et L. 335-2 du Code de la propriété intellectuelle).

ISBN : 978-2-294-70120-7

470120 - I - (3) - OSB 100 - SPI

Dépôt légal : février 2008

Achevé d'imprimer sur les presses de la SNEL en Belgique – 43717

Avant-propos

Cette collection n'a pas pour objectif de remplacer vos polycopiés de cours. C'est une aide pour votre travail personnel. Avec un groupe de conférenciers nous avons fait une synthèse des annales de l'Internat et des ECN, et nous nous sommes aperçus que pour chaque item il n'est pas possible de vous interroger sur une multitude de questions : ce sont donc souvent les mêmes qui retombent. Seul « l'emballage » du dossier change : le terrain, les antécédents et les traitements personnels... Mais, dans le fond, les questions restent les mêmes et donc les réponses aussi. Nous avons sélectionné, par item, les questions qui sont déjà tombées et celles que nous avons jugées « tombables ». Nous vous fournissons les réponses les plus complètes possibles au niveau du contenu et sur le plan méthodologique. Le but est de vous montrer les points importants qu'il ne faut pas oublier et qui valent des points, et de vous montrer comment présenter vos réponses de façon à ce qu'elles soient claires pour vous et pour le correcteur. Une présentation claire et logique montre que vous avez compris ce que vous faites et que vous ne faites pas que réciter votre cours. De plus, n'oubliez pas que les correcteurs des ECN ont plusieurs milliers de copies à corriger dans un temps très court et qu'ils seront donc beaucoup plus réceptifs à une copie bien présentée qu'à une copie qui ressemble à un brouillon.

Ensuite, vient la rubrique « Le mot du conférencier » où nous vous donnons tous nos trucs, nous indiquons les pièges et les astuces des questions. Au besoin, nous faisons des rappels de cours sur les points qui posent problème aux étudiants lors de nos conférences. Nous essayons de vous montrer comment raisonner sur un sujet, quels sont les points qui doivent vous alerter. En bref, c'est une synthèse de tout ce que l'on dit en conférence.

En DCEM 2 et DCEM 3, ce livre va vous aider à faire vos fiches car vous pourrez y trouver les points importants des questions : cela vous évitera de recopier l'intégralité de votre livre sur vos fiches. Cela va également vous faire travailler votre méthodologie. Encore une fois, c'est un point que l'on juge très important. Vous devez vous forcer à bien écrire et à bien présenter vos dossiers dès le début, même quand vous faites des dossiers pour vous-même. Les bonnes habitudes sont dures à prendre mais les mauvaises sont dures à perdre ! Ne croyez pas que le jour des ECN, vous allez bien écrire, proprement, lisiblement, avec une super présentation. C'est faux, si vous le faites pour la première fois

aux ECN, vous perdrez énormément de temps alors que si vous le faites dès le début cela deviendra instinctif et vous irez vite.

En DCEM 4, ce livre vous aidera pour vos derniers tours, pour vérifier qu'il ne vous manque pas de zéros et pour réciter pendant vos sous-colles. Enfin, il vous permettra de faire un dernier tour rapide des questions et de revoir les pièges et astuces grâce au « mot du conférencier ».

Les ECN sont une course d'endurance : ne partez pas en trombe, cela ne sert à rien, vous allez vous épuiser. Pas de panique, organisez-vous bien et prenez des moments de repos, vous travaillerez bien mieux ensuite. Profitez de vos stages pour apprendre tous les points pratiques et développer votre raisonnement clinique. Les ECN vous testent presque autant sur votre raisonnement que sur vos connaissances. Vous vous rendrez compte qu'en raisonnant sur un dossier sur lequel vous n'avez pas d'idées, en faisant du logique et du symptomatique, vous arriverez à avoir beaucoup plus de points que vous ne le pensez.

Profitez de vos conférences, ne révisez pas avant d'y aller, cela ne sert à rien : vous saurez répondre aux questions pendant la conférence, mais le lendemain vous en aurez oublié une grande partie. Vous devez tester votre mémoire à long terme et non votre mémoire immédiate, car c'est votre mémoire à long terme qui vous servira le jour des ECN. Même si vous n'avez pas révisé, allez aux conférences, en quelques heures vous traiterez plusieurs chapitres et vous retiendrez plein de choses. Lorsque vous ferez tranquillement ces questions vous comprendrez plus facilement et vous vous rendrez compte que finalement vous connaissez déjà pas mal de choses. Faites un maximum de dossiers, c'est le meilleur entraînement pour les ECN. Insistez sur les questions pénibles que personne n'aime (infections materno-fœtales, accueil d'une victime de violence sexuelle...), ce sont en général les dossiers « classants » quand ils tombent.

Bon courage ! Travaillez bien. Et encore une fois pas de panique, organisez-vous bien, prenez des pauses de temps en temps, et vous allez voir que ça va très bien se passer !

Frédéric LAMAZOU

Table des matières

Avant-propos	V
Fiche de méthodologie	IX
Faire un brouillon	XV
Liste des abréviations	XXI
 Réponse à une question de chirurgie viscérale : éléments à ne pas oublier.....	 1
■ Partie 1, Module 10, Item 148	
Tumeur du côlon et du rectum.....	3
■ Partie 1, Module 10, Item 150	
Tumeur de l'estomac.....	9
■ Partie 1, Module 10, Item 151	
Tumeurs du foie, primitives et secondaires.....	13
■ Partie 1, Module 10, Item 152	
Tumeurs de l'œsophage	17
■ Partie 1, Module 10, Item 155	
Tumeurs du pancréas.....	21
■ Partie 1, Module 11, Item 195	
Douleurs abdominales et lombaires aiguës chez l'adulte.....	25
■ Partie 1, Module 11, Item 201	
Traumatismes abdominaux.....	29
■ Partie 1, Module 11, Item 217	
Occlusion intestinale (généralités)	35
■ Partie 1, Module 11, Item 217	
Occlusion sur bride	39
■ Partie 1, Module 11, Item 217	
Occlusion sur un cancer colique gauche	43
■ Partie 2, Item 224	
Appendicite aiguë.....	47
■ Partie 2, Item 234	
Diverticulose colique et sigmoïdite	51

■ Partie 2, Item 245	
Hernies pariétales	55
■ Partie 2, Item 258	
Lithiasse biliaire et complications	59
■ Partie 2, Item 258	
Cholécystite aiguë.....	63
■ Partie 2, Item 258	
Angiocholite aiguë lithiasique	67
■ Partie 2, Item 268	
Pancréatite aiguë	71
■ Partie 2, Item 273	
Pathologies hémorroïdaires	77
■ Partie 2, Item 275	
Péritonite aiguë (généralités).....	81
■ Partie 2, Item 275	
Péritonite appendiculaire	85
■ Partie 2, Item 275	
Péritonite par perforation d'ulcère gastroduodénal	89

Fiche de méthodologie

La présentation est très importante aux ECN : vous avez un cahier sans case, ce qui veut dire que vos réponses peuvent aller d'un mot à une voire deux pages. Devant une réponse longue, le correcteur, qui a environ deux milles copies à corriger, doit pouvoir trouver rapidement les mots-clés. Devant une copie mal écrite et mal présentée, un correcteur sera toujours plus sévère car il passera beaucoup plus de temps à essayer de déchiffrer les mots-clés et à les dénicher au milieu d'une page de texte sans aucune présentation.

Nous vous proposons donc une présentation type pour les principales questions que l'on peut vous poser aux ECN. Elle sera, bien entendu, à adapter au cas par cas. Utilisez les décalages, les tirets et écrivez les mots-clés en majuscules. Évitez les longues phrases. Entraînez-vous à le faire dès maintenant car ce n'est pas le jour des ECN, alors que vous serez stressé, que vous allez pouvoir changer votre manière de présenter votre dossier ou alors ce sera au prix d'une perte de temps considérable. À l'inverse, avec de l'entraînement, vous irez très vite en évitant les longues phrases, et les items seront plus clairs pour vous aussi lors de la relecture de votre dossier.

Réponse type : « Quel est votre diagnostic ? »

Le diagnostic est : XXXXX ± AIGU ou CHRONIQUE ± BÉNIN ou SÉVÈRE ± DU CÔTÉ DROIT ou GAUCHE ± COMPLIQUÉ ou NON car :

Terrain :

- ▶ présence de facteurs de risques :
- ▶ antécédents :

Histoire de la maladie :

- ▶
- ▶

Clinique :

- ▶
- ▶

Examens complémentaires :

- ▶ biologiques :
- ◆
- ◆



► imagerie :



► autres : cœlioscopie...

Signes de gravité :



Signes négatifs :



Complicé de YYYY car :

- clinique :
- paraclinique :

Réponse type : « Quel bilan faites-vous ? »

Bilan à visée diagnostique :

► biologique :



► imagerie :



Bilan à visée étiologique :

► biologique :



► imagerie :



Bilan à la recherche de complications :

► biologique :



► imagerie :



Bilan pré-thérapeutique :

► biologique :



- ▶ imagerie :



Réponse type : « Quel est votre bilan en cancérologie ? »

Confirmation diagnostique = preuve histologique.

Bilan d'extension :

- ▶ locale (tumeur)
- ▶ régionale (ganglions)
- ▶ à distance (métastases)

Marqueurs cancéreux.

Bilan des autres complications.

Bilan préopératoire, préchimiothérapie (+ conservation des ovocytes).

Réponse type : « Quel examen vous permet de faire le diagnostic ? »

Examen complémentaire :

- ▶ résultats attendus :



- ▶ signes de gravités :



- ▶ signes négatifs :



Réponse type : « Quel est votre traitement ? »

HOSPITALISATION ou non en service spécialisé

± URGENCE THÉRAPEUTIQUE ± PRONOSTIC VITAL ENGAGÉ ± PRONOSTIC FONCTIONNEL ENGAGÉ

Mise en condition du malade :

- ▶ ± repos au lit
- ▶ ± voie veineuse périphérique
- ▶ ± scope cardiotensionnel
- ▶ ± À JEUN

Traitement étiologique :

- ▶ traitement médical : CLASSE DU MÉDICAMENT : FAMILLE DU MÉDICAMENT : NOM DU GÉNÉRIQUE ± posologie VOIE D'ADMINISTRATION ± durée
- ▶ traitement chirurgical

Traitement symptomatique : CLASSE DU MÉDICAMENT : FAMILLE DU MÉDICAMENT : NOM DU GÉNÉRIQUE ± posologie VOIE D'ADMINISTRATION ± durée

Prévention des complications de décubitus :

- ▶ ± prévention des escarres
- ▶ ± kinésithérapie
- ▶ ± anticoagulant à dose préventive : héparine de bas poids moléculaire : ENOXAPARINE SODIQUE/LOVENOX SC

Surveillance :

- ▶ clinique :
 - ◆
 - ◆
- ▶ paraclinique :
 - ◆
 - ◆

Réponse type : « Quelle est votre prise en charge ? »

HOSPITALISATION ou non en service spécialisé

± URGENCE THÉRAPEUTIQUE ± PRONOSTIC VITAL ENGAGÉ ± PRONOSTIC FONCTIONNEL ENGAGÉ

Mise en condition du malade :

- ▶ ± repos au lit
- ▶ ± voie veineuse périphérique
- ▶ ± scope cardiotensionnel
- ▶ ± À JEUN

Bilan ± en urgence :

- ▶ biologique :
 - ◆
 - ◆
- ▶ imagerie :
 - ◆
 - ◆
- ▶ bilan pré-thérapeutique
 - ◆
 - ◆

Traitement étiologique :

- ▶
- ▶

Traitement symptomatique :

- ▶
- ▶

Prévention des complications de décubitus :

- ▶ ± prévention des escarres
- ▶ ± kinésithérapie
- ▶ ± anticoagulant à dose préventive : héparine de bas poids moléculaire : ENOXAPARINE SODIQUE/LOVENOX SC

Surveillance :

- ▶ à court terme :
 - ◆ clinique :
 - ◆ paraclinique :
- ▶ à moyen et long terme
 - ◆ clinique :
 - ◆ paraclinique :

Prise en charge sociale :

- ▶ ± prise en charge à 100 %
- ▶ ± aide ménagère...

coursdemedecine.blogspot.com

Faire un brouillon

Avant de parler du brouillon, juste un rappel : bien qu'on vous demande de rédiger vos réponses, souvenez-vous que **VOUS ÊTES TOUJOURS NOTÉS PAR DES MOTS-CLÉS**, que le correcteur doit trouver dans votre copie.

En fait, ce n'est pas au correcteur de les trouver mais à vous de les mettre en évidence pour être sûr qu'il ne les oubliera pas ! Pour ce faire :

- ▶ ne soulignez pas (perte de temps et copie surchargée, surtout si vous écrivez petit)
- ▶ **ÉCRIVEZ EN MAJUSCULES** (les choses que vous savez ou que vous pensez importantes) :
 - ◆ bien plus **VISIBLE** ;
 - ◆ et surtout bien plus **LISIBLE** (surtout si vous écrivez mal).

Je vous rappelle que c'est pour cette même raison que le nom des médicaments doit être écrit en **MAJUSCULES** sur les ordonnances et prescriptions.

Revenons à notre brouillon, qu'il est essentiel de faire le jour du concours mais, bien évidemment, il faut vous y entraîner avant.

En conférence, vous n'avez en général pas le temps de faire ce brouillon (dommage), il faut donc prendre l'habitude d'en faire quand vous faites des dossiers chez vous, aux concours blancs...

Le rôle du brouillon est de ne pas oublier les points importants, d'éviter les zéros à la question et surtout de ne pas tomber dans les pièges qui vous sont tendus. Ne rédigez pas vos réponses sur le brouillon, c'est une perte de temps.

Le brouillon doit être fait pendant la lecture de l'énoncé. Faites toujours attention à chaque mot, rien n'est jamais mis au hasard : si un antécédent ou un traitement est noté, vous devrez vous en servir.

Le brouillon que je vous conseille se divise en 4 parties.

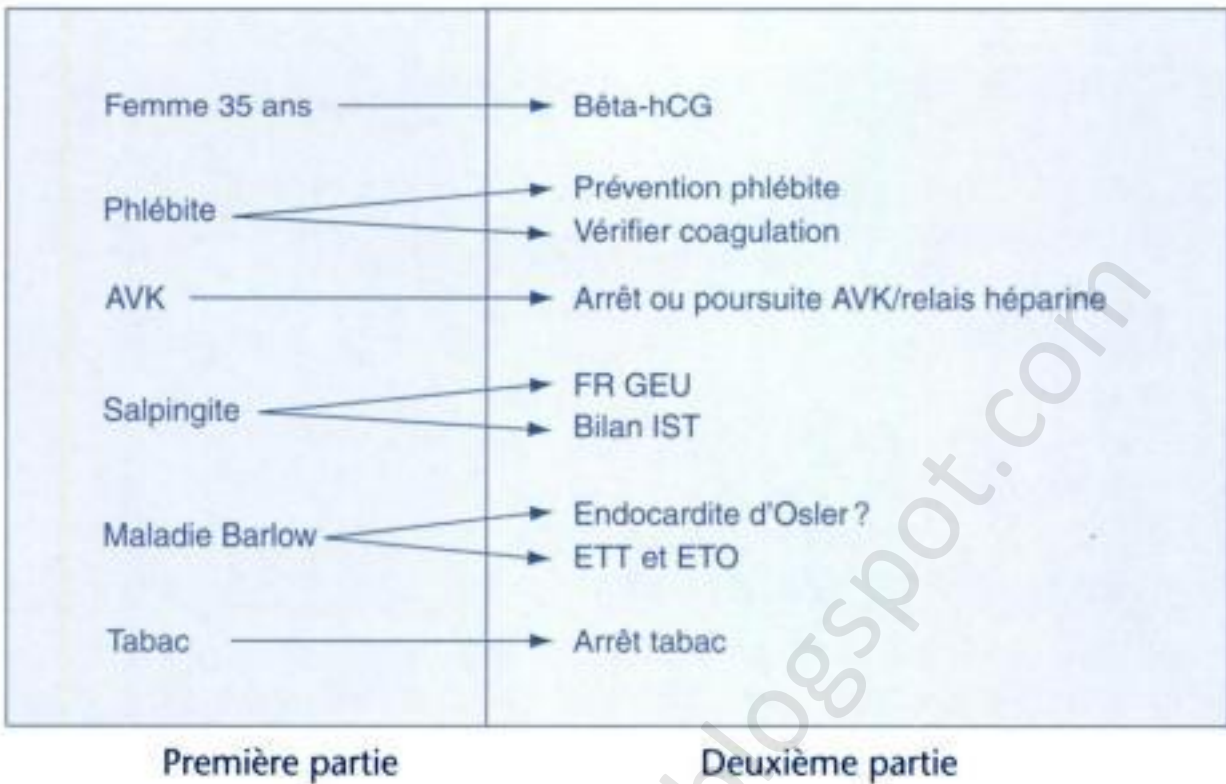
Première partie	Deuxième partie
Troisième partie	Quatrième partie

Première et deuxième parties :

Première partie = la lecture de l'énoncé : notez sur le brouillon les éléments clés comme le terrain, les antécédents, les traitements...

En face de chaque item, dans la deuxième partie, notez les mots-clés automatiques ou les points importants :

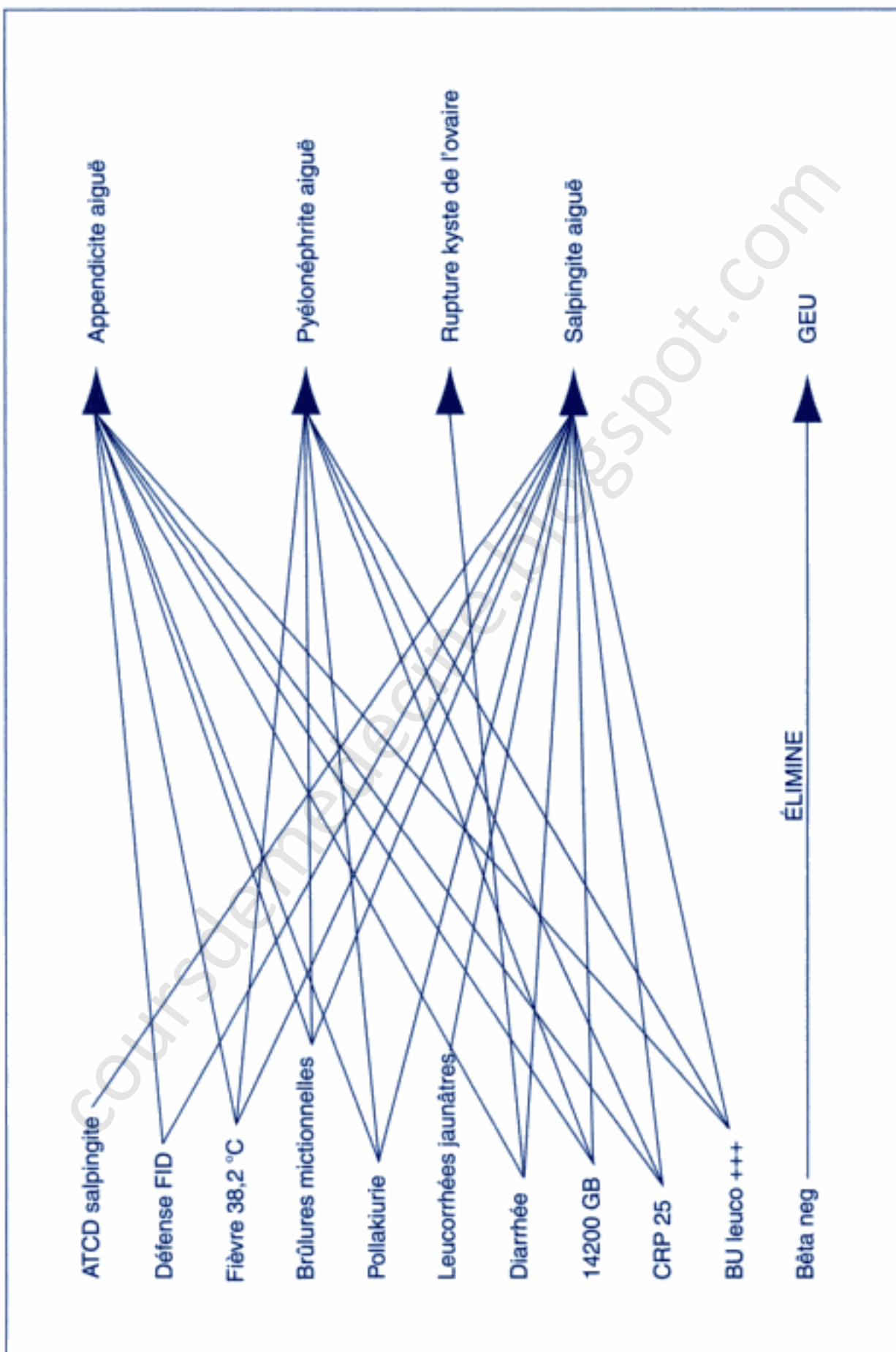
Ex. : *Madame H., âgée de 35 ans, vient consulter pour une douleur de la FID... On note dans ses antécédents une phlébite il y a 3 mois pour laquelle elle est encore sous Sintrom®, une salpingite à 20 ans et une maladie de Barlow. Elle fume un paquet de cigarettes par jour depuis quinze ans...*



Troisième partie :

Si vous êtes sûr du diagnostic, passez directement à la quatrième partie. Le plus souvent cela ne pose pas de problèmes, mais dans les cas où vous hésitez, faites cette partie.

Troisième partie = symptômes et examens complémentaires pour trouver le diagnostic : reportez tous ces éléments et reliez-les aux différents diagnostics possibles : le bon diagnostic sera celui vers lequel convergent toutes les flèches.



La quatrième partie est à mettre sous la deuxième, une fois le diagnostic posé : mettez-y tous les mots-clés que vous connaissez de la question.

Ensuite, au fur et à mesure de la rédaction, à chaque fois que vous mettez un mot-clé dans les parties 2 et 4 dans une question, barrez-le sur votre brouillon.

Le brouillon va vous servir à nouveau au moment de la RELECTURE.

NE RELISEZ PAS VOS RÉPONSES = PERTE DE TEMPS.

En revanche, RELISEZ L'ÉNONCÉ (vérifiez que vous n'avez pas oublié une question ou une deuxième partie de question).

RELISEZ également VOTRE BROUILLON, il est là pour vous rappeler tous les pièges qui vous étaient tendus : au moment du traitement vous aviez par exemple oublié l'âge de la patiente et le fait qu'elle était mineure : vous rajoutez autorisation parentale à votre réponse traitement...

coursdemedecine.blogspot.com

Liste des abréviations

α FP	alpha fœtoprotéine
ACE	antigène carcino-embryonnaire
AINS	anti-inflammatoires non stéroïdiens
ALAT	alanine aminotransférase
ASAT	aspartate aminotransférase
ASP	abdomen sans préparation
BU	bandelette urinaire
CRP	<i>C reactive protein</i>
DPC	duodéno-pancréctomie céphalique
ECBU	examen cyto bactériologique des urines
ECG	électrocardiogramme
EFR	examen fonctionnel respiratoire
FC	fréquence cardiaque
FID	fosse iliaque droite
FIG	fosse iliaque gauche
FOGD	fibroscopie œsogastroduodénale
Gr	groupe sanguin
HCG	hormone chorionique gonadotrope
HNF	hyperplasie nodulaire focale
HNPCC	<i>hereditary non polyposis colon cancer</i>
IMC	indice de masse corporelle
IRM	imagerie par résonance magnétique
LDH	lactico-déshydrogénase
MICI	maladie inflammatoire chronique intestinale
NFS	numération formule sanguine
OMS	Organisation mondiale de la santé
ORL	oto-rhino-laryngologie
PAF	polypose adénomateuse familiale
RAI	recherche d'agglutinines irrégulières
Rh	facteur rhésus
SNG	sonde nasogastrique

TA	tension artérielle
TCA	temps de céphaline activée
TDM	tomodensitométrie
TIPMP	tumeur intracanalair papillaire et mucineuse pancréatique
TNM	tumeur primitive, adénopathie régionale, métastases (classification)
TP	taux de prothrombine
TR	toucher rectal
VPP	valeur prédictive positive

Réponse à une question de chirurgie viscérale : éléments à ne pas oublier

- ▶ Interrogatoire :
 - ◆ heure du dernier repas
 - ◆ prise d'anticoagulant, antiagrégant
 - ◆ autorisation parentale d'opérer si patient mineur
- ▶ Examen clinique :
 - ◆ orienté selon la pathologie
 - ◆ ne pas oublier : recherche de cicatrice abdominale, palpation orifices herniaires et TR
- ▶ Bilan d'examens complémentaires :
 - ◆ diagnostics et préopératoires
 - ◆ trois examens à ne pas oublier devant une douleur abdominale aiguë :
 - LIPASE
 - TOPONINE
 - ECG
- ▶ Consultation d'anesthésie.

Information du patient

- ▶ But et modalités du traitement.
- ▶ Risque de laparoconversion ++++.
- ▶ Complications : risque de stomie ++++, fuites, péritonite postopératoire...
- ▶ Effets secondaires à distance :
 - ◆ grêle court : transit accéléré, malabsorption
 - ◆ régime alimentaire fractionné si gastrectomie...

Traitement médical

- ▶ À jeun.
- ▶ Sonde nasogastrique si vomissements (ajouter un inhibiteur de la pompe à proton type oméprazol pour éviter l'alcalose métabolique).
- ▶ Antalgiques intraveineux.

Traitement chirurgical

- ▶ En urgence.
- ▶ Au bloc opératoire, sous anesthésie générale.
- ▶ Voie d'abord cœlioscopique ou par laparotomie (ne pas choisir entre les deux, sauf pour la cholécystectomie, où l'on vous en voudra de la faire par laparotomie).
- ▶ Sous antibioprophylaxie ± antibiothérapie curative.
- ▶ Le premier temps est explorateur, bilan des lésions.
- ▶ Réalisation de prélèvements (bactériologiques : liquide péritonéal, cytologie...).
- ▶ Traitement étiologique : appendicectomie, colectomie...
- ▶ Examen anatomopathologique des pièces d'exérèse.
- ▶ Fermeture ± drainage.
- ▶ Surveillance clinique et paraclinique pluriquotidienne :
 - ◆ clinique : douleur, fièvre, transit, aspect de la cicatrice
 - ◆ paraclinique : régression du syndrome inflammatoire...

Complications possibles à connaître en chirurgie digestive (laparotomie ou cœlioscopie) :

- ▶ précoces :
 - ◆ infection : péritonite postopératoire (fuite anastomotique...)
 - ◆ hémorragie : hémopéritoine, hémorragie digestive
 - ◆ pariétales : abcès de paroi, hématome de paroi
- ▶ tardives :
 - ◆ occlusion sur bride (toute ouverture du péritoine donne des brides)
 - ◆ éventration (pourvoyeuse d'occlusion)

ITEM 148

Tumeur du côlon et du rectum

Objectifs : Diagnostiquer une tumeur du côlon et une tumeur du rectum.
Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient.

Diagnostic

Terrain : Âge moyen d'environ 60 ans.

Facteurs de risques :

Polypes adénomateux (cf. Le mot du conférencier).

► Génétiques :

- ◆ cas familiaux sporadiques
- ◆ polypose adénomateuse familiale (PAF) (mutation du gène APC)
- ◆ *hereditary non polyposis colon cancer* (HNPCC ou syndrome de Lynch) (mutation des gènes hMLH1, hMSH2...) défini selon les critères d'Amsterdam :
 - au moins trois sujets atteints
 - au moins un apparenté au premier degré avec les deux autres
 - deux générations successives atteintes
 - un cas avant 50 ans

► Alimentaires :

- ◆ facteurs favorisants : sédentarité, surcharge pondérale
- ◆ facteurs protecteurs : légumes

► MICI (maladie inflammatoire chronique intestinale) : surveillance par coloscopie tous les 2 ans pour pancolite évoluant depuis plus de 10 ans

Clinique :

- modifications récentes du transit (constipation, alternance constipation/diarrhée)
- douleurs abdominales
- rectorragies, méléna ou découverte d'une anémie ferriprive
- syndrome rectal : glaires, rectorragies, faux besoins, ténésme, épreintes
- altération de l'état général
- complications : occlusion, péritonite par perforation
- signes d'atteinte à distance : hépatomégalies, adénopathies (Troisier), ascite, carcinose péritonéale au toucher rectal

Le diagnostic est cependant souvent réalisé à la suite d'une coloscopie de dépistage.

Examens paracliniques :

- ▶ diagnostic posé par la coloscopie ⚠ qui doit être totale
- ▶ sous anesthésie générale après préparation
- ▶ visualise la tumeur, sa taille, forme, sa position
- ▶ permet de réaliser des biopsies avec examen anatomopathologique
- ▶ bilan préopératoire

Comment faites-vous le diagnostic de certitude d'une tumeur colorectale ?

Le diagnostic est HISTOLOGIQUE.

- ▶ COLOSCOPIE TOTALE :
 - ◆ sous anesthésie générale après préparation
 - ◆ visualise la tumeur, sa taille, forme, sa position
 - ◆ permet de réaliser des biopsies avec examen anatomopathologique
- ▶ Histologie :
 - ◆ 95 % adénocarcinome lieberkühnien (cf. stade TNM)
 - ◆ dans environ 70 % des cas compliquant un polype adénomateux
 - ◆ rarement : carcinomes épidermoïdes, lymphomes, sarcomes...

Bilan d'extension

- ▶ Scanner thoraco-abdominopelvien.
- ▶ Échographie hépatique et radiographie de thorax selon recommandations.
- ▶ Pas d'indication au dosage de l'ACE (marqueur biologique) sauf métastases.
- ▶ Bilan hépatique complet à la recherche d'une cholestase.

Spécifique aux cancers rectaux : échoendoscopie ou IRM rectale afin de spécifier le degré d'extension pariétale et de modifier la prise en charge du patient.

Traitement

La prise en charge des cancers doit être multidisciplinaire.

Chirurgie :

- ▶ précédée d'une préparation colique et d'une antibioprophylaxie
- ▶ patient prévenu du risque de stomie ⚠

Cancer du côlon : résection carcinologique avec curage ganglionnaire et anastomose si possible en un temps (colectomie droite, gauche ou transverse) par laparotomie ou cœlioscopie dans tous les cas possibles si le bilan d'opérabilité le permet.

Cancer du rectum : proctectomie avec anastomose si possible préservation sur sphincter anal (sinon amputation abdominopérinéale).

Dans les tumeurs uT3, uT4 ou N+ du moyen et bas rectum (classification à l'échoendoscopie ou à l'IRM préopératoire, cf. ci-dessous), une radiochimiothérapie préopératoire permet de réduire le risque de récurrence locale.

Métastases : les métastases hépatiques et pulmonaires peuvent être traitées de manière curative par une exérèse chirurgicale.

La chirurgie doit être envisagée si elle permet l'exérèse totale des lésions.

Des techniques de radiofréquence (nécrose par hyperthermie) ou de cryothérapie, (percutané ou par abord chirurgical) peuvent être réalisées ou associées à la chirurgie.

La chirurgie doit être suivie d'une prévention des thromboses (par anticoagulation et bas de contentions) à poursuivre en moyenne un mois après l'intervention ⚠.

Chimiothérapie :

Adjuvant :

- ▶ intérêt dans les stades III (N+)
- ▶ association actuelle de 5FU
- ▶ acide folinique et oxaliplatine (FOLFOX 4) dans le cancer du côlon

La chimiothérapie adjuvante dans les cancers du rectum ne fait pas encore l'objet d'un consensus global.

La chimiothérapie présente aussi un intérêt au stade palliatif. Certains protocoles ont permis un gain en termes de survie.

Surveillance ⚠

Recommandations :

- ▶ examen clinique et échographie abdominale tous les 3 mois pendant 3 ans, puis tous les 6 mois pendant 2 ans
- ▶ radiographie de thorax annuelle pendant 5 ans
- ▶ coloscopie à 3 ans, puis tous les 5 ans si normale

Pronostic

Survie à 5 ans :

- ▶ stade I : 90 %
- ▶ stade II : 50 %
- ▶ stade III : 30 %
- ▶ stade IV : 1 %



Le mot du conférencier

Cette question est une des questions les plus importantes à connaître. L'incidence importante de cette maladie et l'enjeu de santé publique qu'elle représente l'explique :

- très fréquent (34 000 nouveaux cas par an);
- 2^e rang des cancers en France.

Polype adénomateux

Le risque de dégénérescence augmente avec la taille et le caractère vilieux.

Si découverte d'un adénocarcinome dans le polype :

- surveillance simple (coloscopie à 3 ans, puis tous les 5 ans) si exérèse totale;
- marge d'1 mm au moins;
- pas d'embolies lymphatiques, musculaire muqueuse non dépassée, sinon colectomie segmentaire.

HNPCC : autres cancers possibles (endomètre, ovaires, urinaires)

- Si critères d'Amsterdam positifs : réalisation d'une enquête génétique;
- si confirmation :
 - coloscopie tous les 2 ans à partir de 25 ans
 - examen gynécologique annuel à partir de 30 ans.

PAF

Autres atteintes possibles :

- hypertrophie pigmentaire de la rétine;
- tumeurs desmoïdes;
- adénocarcinomes du duodénum ou de l'ampoule de Vater.

Traitement chez la personne atteinte par la maladie :

- coloprotectomie totale à l'âge de 15 ans;
- fibroscopie œsogastroduodénale tous les 3 ans;
- recherche mutation chez la personne atteinte et chez les apparentés au premier degré.

Si positif : coloscopie annuelle.

Il faut insister sur l'importance d'une prise en charge multidisciplinaire. Toute la prise en charge de cette maladie fait l'objet de recommandations qu'il faut connaître.

La connaissance de la classification TNM (tumeur, adénopathie, métastases) semble nécessaire.

TNM

Tis	intra-épithéliale ou chorion
T1	sous-muqueuse
T2	musculaire
T3	sous-séreuse (ou graisse périmrectale dans le cancer du rectum)
T4	séreuse ou organe à distance
N0	pas de métastase ganglionnaire
Nx	ganglions non évalués ou moins de huit ganglions examinés
N1	un à trois ganglions régionaux
N2	quatre ganglions régionaux ou plus
M0	pas de métastases
M1	métastases à distance (dont ganglions sus-claviculaires)

Stades

Stade I	pT1-T2 N0 M0
Stade II	pT3-T4 N0 M0
Stade III	tous T N1 N2 M0
Stade IV	tous T tous N M1

Classification ultrasonographique TNM

uT1	envahissement muqueuse ± sous-muqueuse
uT2	envahissement paroi rectale
uT3	envahissement graisse périmrectale
uT4	envahissement organes de voisinage
uN1	un à trois ganglions régionaux
uN2	quatre ganglions ou plus

Un programme de dépistage concernant la population générale entre 50 à 74 ans est actuellement testé en France : le test Hémocult II qui repose sur la recherche de sang dans les selles.

Devant un antécédent familial de cancer colorectal avant 60 ans, une coloscopie de dépistage est indiquée tous les 5 ans à partir de 45 ans (ou 5 ans avant l'âge de la personne atteinte).

coursdemedecine.blogspot.com

ITEM 150

Tumeur de l'estomac

Objectif : Diagnostiquer une tumeur de l'estomac.

Diagnostic

Terrain :

- ▶ rare avant 50 ans
- ▶ incidence forte au Japon et dans les pays latins

Facteurs de risques :

- ▶ portage d'*Helicobacter pylori* (RR de 1,92)
- ▶ antécédents familiaux
- ▶ lésions précancéreuses : ulcère gastrique, polype gastrique, moignon de gastrectomie, maladies de Biermer et maladie de Ménétrier
- ▶ facteurs alimentaires :
 - ◆ protecteur : fruits, légumes
 - ◆ favorisant : sel, hydrocarbures, nitrates, aliments fumés

Clinique :

- ▶ diagnostic souvent fait à un stade avancé
- ▶ perte de poids (avec altération de l'état général)
- ▶ douleurs abdominales
- ▶ nausées et anorexie
- ▶ hémorragie digestive ou anémie
- ▶ dysphagie : oriente vers une tumeur proximale
- ▶ vomissements : orientent vers une tumeur antrale
- ▶ satiété précoce : oriente vers une tumeur infiltrante
- ▶ si stade avancé :
 - ◆ masse palpable cliniquement
 - ◆ hépatomégalie métastatique
 - ◆ ascite
 - ◆ masse au toucher vaginal (syndrome de Krukenberg : métastases ovariennes)
 - ◆ adénopathies (Troisier)
- ▶ syndrome paranéoplasique :
 - ◆ *acanthosis nigricans*
 - ◆ phlébites des membres inférieurs

- ◆ fièvre
- ◆ néphropathie glomérulaire...

Paraclinique :

Fibroscopie œsogastroduodénale :

- ▶ permet le diagnostic ⚠
- ▶ visualise la tumeur, sa taille, forme (ulcéreuse, végétante), siège (antre, fundus, cardia)
- ▶ permet la réalisation de biopsies et d'un examen anatomopathologique des pièces

Comment confirmez-vous le diagnostic de cancer de l'estomac ?

Le diagnostic de cancer est un DIAGNOSTIC HISTOLOGIQUE.

Fibroscopie œsogastroduodénale :


- ▶ permet le diagnostic ⚠
- ▶ visualise la tumeur, sa taille, forme (ulcéreuse, végétante), siège (antre, fundus, cardia)
- ▶ permet la réalisation de biopsies et d'un examen anatomopathologique des pièces :
 - ◆ adénocarcinome (environ 90 %)
 - ◆ linéite gastrique (5 %)
 - ◆ lymphome gastrique (5 %)

Bilan d'extension

- ▶ Locorégional et à distance :
 - ◆ scanner thoraco-abdominopelvien
 - ◆ échographie abdominale et radiographie de thorax
 - ◆ bilan hépatique complet à la recherche d'une cholestase
- ▶ Selon les signes cliniques d'appel : scintigraphie osseuse, scanner cérébral.
- ▶ bilan d'opérabilité :
 - ◆ préopératoire classique (hémostase et prétransfusionnel)
 - ◆ et selon l'examen clinique (contre-indication : cardiaque, pulmonaire, recherche de foyer infectieux à traiter initialement...)

Traitement

- ▶ La prise en charge doit être multidisciplinaire.
- ▶ La chirurgie reste le traitement curatif de référence associée pour certains à un traitement par chimiothérapie néo-adjuvant. La chimiothérapie en traitement adjuvant n'a pas encore de place réellement définie.

- ▶ Contre-indications : terrain, âge, extension à distance.
- ▶ Cancer du fundus ou du cardia : gastrectomie totale.
- ▶ Cancer antropylorique : gastrectomie des 2/3.
- ▶ Omentectomie et curage ganglionnaire suivi d'une anastomose œsojéjunale sur anse en Y.
- ▶ Examen anatomopathologique.
- ▶ Patient prévenu du risque d'effets secondaires possibles spécifiques de la gastrectomie.
- ▶ Mesures post-gastrectomie :
 - ◆ repas fractionnés
 - ◆ apports énergétiques suffisants pour éviter un amaigrissement
 - ◆ apport mensuel en vitamine B12 tous les 6 mois
 - ◆ introduction progressive des sucres
- ▶ En cas de situation palliative (tumeur non résécable ou atteinte à distance) :
 - ◆ chirurgie palliative à but fonctionnel possible
 - ◆ dérivations gastrojéjunales
 - ◆ jéjunostomies d'alimentation
 - ◆ prothèses métalliques auto-expansives
 - ◆ chimiothérapie palliative qui peuvent améliorer la qualité de vie
- ▶ Surveillance à vie .

Complications de la gastrectomie

- ▶ Syndrome du petit estomac (sensation satiété précoce éventuellement douloureuse) et amaigrissement.
- ▶ Hypoglycémie fonctionnelle postprandiale tardive (sécrétion importante d'insuline secondaire à la prise de sucre).
- ▶ Diarrhée.
- ▶ *Dumping syndrome* (flush postprandial, diarrhée, sensation de malaise : secondaire à une hyperosmolarité intraluminaire postprandiale).
- ▶ Carence en vitamine B12.

Pronostic

Survie globale à 5 ans d'environ 20 % en Europe tous stades confondus.



Le mot du conférencier

- Cette question a peu de chance de tomber telle quelle aux ECN. Il faut centraliser ses connaissances sur le terrain favorisant ce cancer, les signes cliniques orientant vers son diagnostic et les examens permettant son exploration.
- Le traitement n'est pas à connaître. Il semble cependant nécessaire de connaître le nom des différentes possibilités thérapeutiques, car on les rencontre dans la prise en charge de nombreux autres cancers.
- Il faut insister sur la nécessité d'une prise en charge multidisciplinaire prenant en compte les différents aspects de la maladie (douleur, retentissement psychologique, prise en charge sociale...).

coursdemedecine.blogspot.com

ITEM 151

Tumeurs du foie, primitives et secondaires

Objectif : Diagnostiquer une tumeur du foie primitive et secondaire.

Tumeurs primitives

On ne se focalisera que sur le carcinome hépatocellulaire (plus fréquent).

Diagnostic

Terrain :

- ▶ se développe surtout sur cirrhose hépatique (90 %) ou hépatite chronique : virale (hépatite B ou C), alcool
- ▶ touche plus fréquemment l'homme
- ▶ en France, surtout après 50 ans

Clinique :

- ▶ découverte souvent lors du bilan de surveillance d'une cirrhose hépatique :
 - ◆ échographie abdominale réalisée tous les 6 mois
 - ◆ décompensation de la cirrhose
 - ◆ amélioration paradoxale du facteur V
 - ◆ élévation de l' α FP, réalisé tous les 6 mois, > 500 ng/mL (pathognomonique)
 - ◆ apparition d'une cholestase
- ▶ peut être initialement asymptomatique, puis douleur abdominale de l'hypochondre droit
- ▶ auscultation hépatique retrouvant un souffle systolique
- ▶ altération de l'état général
- ▶ si atteinte évoluée : hépatomégalie nodulaire
- ▶ complication : choc hémorragique par rupture

Paraclinique :

Imagerie :

- ▶ échographie abdominale : masse hyperéchogène avec éventuelle ponction biopsie hépatique qui affirme le diagnostic si doute (ponction biopsie hépatique et examen anatomopathologique)
- ▶ scanner abdominal : masse hypodense prenant le contraste

Biologie :

- ▶ α FP > 500 ng/mL (pathognomonique) +++
- ▶ élévation paradoxale du facteur V
- ▶ cholestase anictérique
- ▶ bilan d'opérabilité éventuel : préopératoire puis fonction de la clinique

Traitement

La prise en charge doit être multidisciplinaire, elle est le plus souvent palliative.

Chirurgie : réservée aux patients ayant un score de Child A au maximum, pour une tumeur de moins de 5 cm ou trois tumeurs au maximum de moins de 3 cm. On peut réaliser sinon une radiofréquence ou alcoolisation percutanée ou par abord chirurgical.

Transplantation exceptionnelle (seul traitement curatif).

Chimiothérapie : pas de bénéfice démontré.

Pronostic

- ▶ Pronostic pejorative.
- ▶ Médiane de survie ne dépasse pas quelques semaines.
- ▶ Autres tumeurs hépatiques primitives : cholangiocarcinome, lymphome, angiosarcome, hépatoblastome...

Tumeurs secondaires

Plus fréquentes tumeurs du foie (2/3 des cas).

Diagnostic**Terrain :**

La quasi-totalité des cancers généralisés :

- ▶ digestifs +++ : côlon, pancréas, estomac
- ▶ sein +++
- ▶ pulmonaire +++
- ▶ prostate
- ▶ tumeurs endocrines...

Clinique :

- ▶ hépatomégalie nodulaire douloureuse
- ▶ altération de l'état général
- ▶ signes orientant vers un primitif particulier (nécessite un examen clinique complet)

Paraclinique :

Imagerie : masses souvent multiples :

- ▶ échographie hépatique (masse hyper- ou hypoéchogène)
- ▶ scanner abdominal (masse hypodense sans réelle prise de contraste)

Biologie :

- ▶ cholestase possible mais pas systématique généralement anictérique
- ▶ si découverte fortuite d'images évoquant des lésions secondaires, le bilan para-clinique à la recherche d'un primitif est orienté en fonction de la clinique
- ▶ si pas de signes d'orientation, minimum :
 - ◆ scanner thoraco-abdominopelvien
 - ◆ coloscopie et FOGD
 - ◆ mammographie
 - ◆ échographie pelvienne chez la femme
 - ◆ dosage marqueurs biologiques : CA 15,3, CA 19,9, ACE
- ▶ si pas de primitif découvert, une ponction biopsie hépatique avec un examen anatomopathologique reste possible

Traitement

Le traitement est fonction de l'origine du primitif.

Dans le cadre du cancer du côlon notamment, la prise en charge devient de plus en plus agressive avec, dès que c'est possible, une résection des lésions associée éventuellement à une chimiothérapie.

Tumeurs bénignes

Angiomes (la plus fréquente)

- ▶ Prédominance féminine (2/3 des cas).
- ▶ Pas de dégénérescence, taille stable (< 4 cm).
- ▶ Asymptomatiques généralement (parfois thrombose ou hémorragie entraînant des douleurs).
- ▶ Biologie hépatique normale.
- ▶ Échographie abdominale : hyperéchogène.
- ▶ Scanner : hypodense et prise de contraste lente.
- ▶ Pas de résection sauf si complication.

Hyperplasie nodulaire focale (HNF)

- ▶ Rare.
- ▶ Pas de dégénérescence.
- ▶ Asymptomatique (rares hémorragies).

- ▶ Biologie hépatique normale.
- ▶ Échographie abdominale : hypoéchogène, hyperéchogénicité centrale.
- ▶ Scanner : hypodense et prise de contraste fugace.
- ▶ Pas de résection sauf si complication.
- ▶ Proscrire la contraception orale (favorise la croissance).

Adénome

- ▶ Rare.
- ▶ Dégénérescence fréquente.
- ▶ Facteurs de risques : contraception orale et grossesse.
- ▶ Symptomatique (douleur hypochondre droit).
- ▶ Cholestase possible.
- ▶ Échographie abdominale variable.
- ▶ Scanner : hypodense, puis prise de contraste fugace.
- ▶ Résection systématique préventive.

Kyste biliaire simple

- ▶ Assez fréquent.
- ▶ Souvent multiples.
- ▶ Pas de dégénérescence.
- ▶ Asymptomatique (rares complications : hémorragie, infection, compression).
- ▶ Pas de cholestase.
- ▶ Échographie abdominale : anéchogène.
- ▶ Scanner : hypodense sans prise de contraste.
- ▶ Pas de résection (sauf symptomatique) ni surveillance particulière.
- ▶ Abscès à pyogène, amibiase hépatique ou kyste hydatique (cf. *Maladies infectieuses* dans la même collection).



Le mot du conférencier

C'est une question complexe et il semble impossible de connaître parfaitement aux ECN chacune des étiologies citées.

- Seul le carcinome hépatocellulaire doit être bien maîtrisé.
- Pour le reste, il faut au moins retenir que :
 - les tumeurs hépatiques les plus fréquentes sont les lésions secondaires;
 - les autres tumeurs bénignes ne sont réséquées que si elles sont symptomatiques à part l'adénome qui évolue systématiquement vers la dégénérescence.

ITEM 152

Tumeurs de l'œsophage

Objectif : Diagnostiquer une tumeur de l'œsophage.

Diagnostic

Terrain :

- ▶ 67 ans en moyenne
- ▶ homme plus touché dans les pays occidentaux
- ▶ incidence variable selon les départements (forte en Bretagne, dans le Calvados)

Facteurs de risque :

- ▶ carcinomes épidermoïdes :
 - ◆ tabac et alcool (dose-dépendant)
 - ◆ facteurs alimentaires discutés
 - favorisants : carence vitaminique, nitrosamines
 - protecteurs : fruits et légumes
 - ◆ ingestion de caustique
 - ◆ radiothérapie thoracique
 - ◆ syndrome de Plummer-Vinson, achalasie
- ▶ adénocarcinomes :
 - ◆ reflux gastro-œsophagien
 - ◆ endobrachyœsophage

Clinique :

- ▶ dysphagie mécanique, progressive (touche d'abord les solides)
- ▶ douleur rétrosternale, odynophagie
- ▶ régurgitations, vomissements
- ▶ hématurie
- ▶ altération de l'état général
- ▶ signes d'extension à distance :
 - ◆ dyspnée (compression trachéale, bronchopneumopathie, pleurésie, péricardite carcinomateuse)
 - ◆ dysphonie (compression trachéale ou atteinte récurrentielle)
 - ◆ syndrome de Claude-Bernard-Horner (ptosis, myosis, énoptalmie)
 - ◆ syndrome cave supérieur, masse hépatique
 - ◆ adénopathies (Troisier)

- ◆ carcinose péritonéale au toucher rectal
- ◆ ascite
- ▶ découverte lors exploration cancer des voies aérodigestives supérieures (15 % d'association)

Examens paracliniques :

- ▶ fibroscopie œsogastroduodénale :
 - ◆ affirme le diagnostic ⚠
 - ◆ visualise la tumeur, sa taille, forme, son extension en hauteur et circonférentielle, sa position par rapport au cardia et aux arcades dentaires
 - ◆ permet la réalisation de biopsies et un examen anatomopathologique des prélèvements
- ▶ bilan d'extension locorégional et à distance :
 - ◆ scanner cervico-thoraco-abdominopelvien
 - ◆ échoendoscopie (affirme degré d'envahissement pariétal)
 - ◆ échographie abdominale et radiographie de thorax
 - ◆ bilan hépatique complet à la recherche d'une cholestase
 - ◆ le transit œsogastroduodénal présente un intérêt surtout avant un éventuel acte chirurgical
 - ◆ si signes d'orientation : TDM cérébrale et scintigraphie osseuse
- ▶ bilan d'opérabilité :
 - ◆ recherche un cancer associé ⚠ : ORL (panendoscopie), pulmonaire (fibroscopie)
 - ◆ évaluation de l'état nutritionnel (poids, IMC, albuminémie) ⚠
 - ◆ bilan cardiaque : ECG, échographie cardiaque
 - ◆ bilan pulmonaire ⚠ : EFR (examens fonctionnels respiratoires), gaz du sang
 - ◆ bilan préopératoire

Traitement

La prise en charge doit être multidisciplinaire.

Chirurgie :

Seul traitement curatif :

- ▶ précédé d'une renutrition du patient associée éventuellement à une kinésithérapie préopératoire, à un sevrage alcool-tabagique et à une prévention du delirium tremens ⚠
- ▶ traitement préalable des différents foyers infectieux recherchés chez ce type de patient
- ▶ résection de l'œsophage (œsophagectomie) par différentes techniques (laparotomie associée à une thoracotomie droite et/ou une cervicotomie gauche)

- ▶ curage ganglionnaire
- ▶ anastomose œsogastrique (après gastroplastie)
- ▶ examen anatomopathologique
- ▶ morbidité lourde (35 %)
- ▶ mortalité d'environ 5 %

Chimiothérapie :

La radiochimiothérapie en néo-adjuvant n'est pas encore consensuelle.
Pas d'intérêt en termes de survie à une chimiothérapie adjuvante.

Palliatif :

- ▶ tumeur non résécable :
 - ◆ association radiochimiothérapie
 - ◆ prothèse œsophagienne
 - ◆ destruction au laser
- ▶ forme métastatique : chimiothérapie associant 5FU et cis-platine
- ▶ surveillance à vie si traitement curatif effectué

Pronostic

- ▶ Survie après chirurgie à 5 ans, environ 40 %.
- ▶ Survie globale à 5 ans inférieure à 10 %.



Le mot du conférencier

- Cette question a peu de chance de tomber telle quelle aux ECN. Il faut centraliser ses connaissances sur le terrain favorisant ce cancer, les signes cliniques orientant vers son diagnostic et les examens permettant son exploration.
- Le traitement n'est pas à connaître. Il semble cependant nécessaire de connaître le nom des différentes possibilités thérapeutiques, car on les rencontre dans la prise en charge de nombreux autres cancers.
- Il faut insister sur la nécessité d'une prise en charge multidisciplinaire prenant en compte les différents aspects de la maladie (douleur, retentissement psychologique, prise en charge sociale...).

coursdemedecine.blogspot.com

Hidden page

ITEM 155

Tumeurs du pancréas

Objectif : Diagnostiquer une tumeur du pancréas.

Diagnostic

On s'intéressera exclusivement ici aux tumeurs exocrines (adénocarcinome canalaire : 90 % des cas).

Terrain :

- ▶ âge moyen de 70 ans
- ▶ majorité d'hommes
- ▶ augmentation du risque si tabagisme, pancréatite chronique, hérédité
- ▶ serait favorisé par une alimentation riche en graisse et l'obésité
- ▶ effet protecteur de l'activité physique et de la consommation en fruits et légumes

Clinique :

- ▶ douleurs abdominales (souvent épigastriques transfixiantes)
- ▶ ictère d'apparition progressive, révélateur si atteinte céphalique (l'association ictère et palpation d'une grosse vésicule biliaire est assez spécifique)
- ▶ signes digestifs si évolution importante (vomissements, voire évolution vers l'occlusion)
- ▶ altération de l'état général
- ▶ si extension : hépatomégalie métastatique, adénopathies (Troisier), ascite, carcinose péritonéale au toucher rectal

Paraclinique :

- ▶ bilan d'extension locorégional et à distance :
 - ◆ scanner thoraco-abdominopelvien :
 - taille tumeur, position (tête, isthme, corps, queue)
 - rapport voire envahissement (artériel : artère mésentérique supérieure ; veineux : veine mésentérique supérieure ; canalaire : canal cholédoque et dilatation voies biliaires)
 - extension ganglionnaire et à distance
 - ◆ si résécabilité envisageable au scanner, échoendoscopie pour préciser rapports de la tumeur ± ponction et examen anatomopathologique
 - ◆ radiographie de thorax et échographie hépatique

- ◆ bilan hépatique complet à la recherche de cholestase
- ◆ dosage CA 19,9 (marqueur biologique) : peu d'intérêt sauf suivi
- ▶ bilan d'opérabilité :
 - ◆ bilan préopératoire
 - ◆ reste selon la clinique

Traitement

Nécessite une prise en charge multidisciplinaire.

Chirurgie :

- ▶ exérèse possible dans 15 % des cas :
 - ◆ droite de l'axe mésentérique supérieur : duodéno-pancréctomie céphalique (DPC)
 - ◆ gauche de l'axe mésentérique supérieur : spléno-pancréatectomie
- ▶ curage ganglionnaire

C'est le seul traitement curatif possible, mais contre-indications fréquentes :

- ▶ envahissement artériel (artère mésentérique supérieure)
- ▶ métastases à distance
- ▶ altération importante de l'état général

Chimiothérapie :

- ▶ en traitement adjuvant si exérèse complète
- ▶ indication palliative : généralement 5FU associé à un sel de platine
- ▶ nécessite en préalable une certitude diagnostique : ponction tumeur sous échoendoscopie ou ponction de métastase hépatique en percutané sous échographie et examen anatomopathologique

Surveillance : à vie, si traitement curatif effectué.

Pronostic

- ▶ Cancer ayant un pronostic extrêmement mauvais.
- ▶ Survie à 5 ans inférieure à 5 %.



Le mot du conférencier

Cette tumeur étant d'extrêmement mauvais pronostic, sa prise en charge est souvent palliative :

- prise en charge de la douleur : antalgique adapté à une évaluation par échelle de douleur selon paliers OMS;
- prise en charge psychologique : entretiens psychologiques, traitement anxiolytique et antidépresseur;

- prise en charge des symptômes liés à la compression biliaire ou duodénale : pose d'endoprothèse, voire parfois double dérivation biliaire et digestive.

Autres tumeurs exocrines (pour mémoire) :

- cystadénomes séreux :
 - touche plus souvent la femme,
 - aspect kystique,
 - bénin,
 - pas d'indication chirurgicale sauf symptomatique;
- cystadénomes mucineux :
 - aspect kystique mais matériel d'aspect hétérogène à l'intérieur cavité,
 - dégénérescence fréquente,
 - indication chirurgicale préventive;
- TIPMP (tumeur intracanaulaire papillaire et mucineuse pancréatique) :
 - aspect dilatation Wirsung ou canaux secondaires,
 - lésion prédisposante au cancer,
 - résection chirurgicale préventive;
- tumeurs endocrines : cf. *Endocrinologie-Diabétologie*, dans la même collection (insulinome, glucagonome, vipome, gastrinome).

coursdemedecine.blogspot.com

Hidden page

ITEM 195

Douleurs abdominales et lombaires aiguës chez l'adulte

Objectifs : Diagnostiquer une douleur abdominale et lombaire aiguë chez l'enfant et chez l'adulte.

Identifier les situations d'urgence et planifier leur prise en charge.

Diagnostic

Interrogatoire :

- ▶ terrain
- ▶ recherche d'antécédents : personnels, familiaux, médicaux, chirurgicaux, gynécologiques (DATE DES DERNIÈRES RÈGLES +++)
- ▶ traitement en cours
- ▶ anamnèse de la douleur : DATE DE DÉBUT, TYPE DE DOULEUR (coup de poignard, crampe, pesanteur...)
- ▶ recherche de signes fonctionnels associés

Examen physique :

- ▶ signes généraux : prise des constantes : FC, FR, TA, temps, signes de choc
- ▶ signes physiques, inspection :
 - ◆ ÉTAT D'HYDRATATION
 - ◆ recherche de météorisme abdominal
 - ◆ CICATRICES ABDOMINALES +++)
 - ◆ signes d'anémie (pâleur)
 - ◆ ictère cutanéomuqueux
 - ◆ palpation : douleur, défense, contracture, masse abdominale, topographie précise
- ▶ signes spécifiques :
 - ◆ MURPHY : cholécystite aiguë
 - ◆ DOULEUR À L'ÉBRANLEMENT RÉNAL : pyélonéphrite
 - ◆ MASSE EXPANSIVE ABDOMINALE PULSATILE : anévrisme de l'aorte abdominale
 - ◆ GLOBE VÉSICAL : matité hypogastrique à convexité supérieure douloureuse suite à une rétention aiguë d'urine
- ▶ TOUCHERS PELVIENS +++ (TOUCHER VAGINAL, TOUCHER RECTAL)
- ▶ ORIFICES HERNIAIRES +++)

- ▶ percussion : tympanisme, matité
- ▶ auscultation : bruits hydro-aériques, souffle en faveur d'un anévrisme de l'aorte abdominale
- ▶ reste de l'examen complet chez l'enfant : examen ORL, pulmonaire, osseux

Examens paracliniques (pas systématiques mais orientés par la clinique) :

- ▶ biologie :
 - ◆ NFS, CRP
 - ◆ ionogramme sanguin, créatininémie
 - ◆ bilan hépatique complet
 - ◆ lipasémie
 - ◆ BANDELETTE URINAIRE
 - ◆ β HCG (SYSTÉMATIQUE CHEZ FEMME NON MÉNOPAUSÉE) ⚠
 - ◆ ECG ET TROPONINÉMIE (PENSER AUX DIAGNOSTICS DIFFÉRENTIELS)
- ▶ imagerie :
 - ◆ ASP DE FACE COUCHÉ, DEBOUT ET CENTRÉ SUR LES COUPOLES, si syndrome occlusif clinique ou si suspicion de pneumopéritoine
 - ◆ échographie abdominale, si suspicion de cholécystite aiguë, appendicite aiguë chez l'enfant...
 - ◆ échographie pelvienne (pathologie gynécologique)
 - ◆ scanner abdominal (confirmation appendicite, sigmoïdite, pyélonéphrite, recherche de complications...)

Prise en charge

- ▶ RECHERCHE DE SIGNES DE GRAVITÉ ET RÉALISATION DE GESTES DE RÉANIMATION SI NÉCESSAIRE ⚠.
- ▶ TRAITEMENT SYMPTOMATIQUE DE LA DOULEUR.
- ▶ BILAN CLINIQUE ET PARACLINIQUE.
- ▶ PRISE EN CHARGE ÉTIOLOGIQUE.
- ▶ SURVEILLANCE.



Le mot du conférencier

Question hypertombable. Sujet tombé en 1996, 1997, 1999, 2001, 2002, 2005.

La fréquence des douleurs abdominales aiguës est très élevée. Les douleurs aiguës abdominales et pelviennes représentent 16 % des motifs d'hospitalisation dans le cadre des pathologies digestives et du foie.

De nombreuses affections digestives ou extradigestives peuvent être la cause de douleurs abdominales, d'où la nécessité d'une connaissance clinique large :

- pathologies gynécologiques aiguës :
 - kyste ovarien,
 - rupture folliculaire,
 - torsion d'annexe,
 - salpingite,
 - grossesse extra-utérine ;
- pathologies urinaires :
 - colique néphrétique,
 - pyélonéphrite ;
- pathologies digestives chirurgicales :
 - occlusions,
 - appendicite,
 - sigmoïdite,
 - perforation d'organe creux,
 - cholécystite ;
- pathologies digestives médicales :
 - gastro-entérite,
 - subocclusion,
 - colique hépatique,
 - angiocholite,
 - pancréatite,
 - constipation.

Signes de gravité

- Abdominaux : contracture généralisée (ventre de bois) signant une péritonite.
- Généraux : signes de choc (marbrures, hypotension, tachycardie, oligo-anurie...).

coursdemedecine.blogspot.com

Hidden page

ITEM 201

Traumatismes abdominaux

Objectif : Identifier les situations d'urgence.

Diagnostic

Terrain :

- ▶ polytraumatisé
- ▶ traumatisme isolé : contusion, écrasement, décélération
- ▶ fractures des côtes basses droites ou gauches (lésions du foie ou de la rate)

Clinique :

Plusieurs tableaux possibles :

- ▶ état de choc hémorragique
- ▶ hémopéritoine (par lésions d'organe pleins : rate, foie)
 - ◆ douleur abdominale aiguë
 - ◆ contracture abdominale
 - ◆ iléus réflex
 - ◆ augmentation volume de l'abdomen
 - ◆ matité déclive des flancs
 - ◆ TR : douleur du cul-de-sac de Douglas
- ▶ péritonite :
 - ◆ douleur
 - ◆ contracture
 - ◆ iléus réflex
 - ◆ TR : douleur du cul-de-sac de Douglas
 - ◆ pneumopéritoine si perforation organe creux
- ▶ tableau frustré :
 - ◆ douleur costale basithoracique, rechercher lésion hépatique ou splénique
 - ◆ simple douleur abdominale isolée

Biologie :

- ▶ PONCTION LAVAGE PERITONÉALE :
 - ◆ peu utilisée en pratique
 - ◆ peut poser le diagnostic d'hémopéritoine, de péritonite
- ▶ contre-indications : occlusion intestinale, antécédent de laparotomie, grossesse, globe vésical

Radiologie en urgence :

- ▶ ÉCHOGRAPHIE abdominale :
 - ◆ épanchement intra-abdominal
 - ◆ lésion d'organe plein (rate, foie)
- ▶ TDM abdominale sans et avec injection de produit de contraste :
 - ◆ épanchement péritonéal (hémopéritoine, uropéritoine, biliopéritoine)
 - ◆ épanchement rétropéritonéal (hémorétropéritoine)
 - ◆ lésions organes pleins (rate, foie, pancréas, rein)
 - ◆ lésions organes creux : PNEUMOPÉRITOINE

Bilan d'examens complémentaires**Biologie :**

- ▶ hémogramme
- ▶ ionogramme, créatininémie
- ▶ GROUPE SANGUIN, rhésus, RAI
- ▶ TP, TCA, fibrinogène
- ▶ ASAT, ALAT, bilirubine totale et conjuguée, gammaGT
- ▶ lipase
- ▶ Bêta-HCG
- ▶ BU : hématurie

Radiologie :

- ▶ BODY-SCANNER si polytraumatisé et stable hémodynamiquement
- ▶ radiographies :
 - ◆ ASP
 - ◆ thorax
 - ◆ bassin de face
 - ◆ rachis cervical

Facteurs de gravité

- ▶ Âge du blessé.
- ▶ Nature du traumatisme.
- ▶ Autres lésions associées (thoraciques, craniocéphaliques ou des membres).
- ▶ Nature du viscère atteint.
- ▶ Sepsis des lésions abdominales.
- ▶ Condition et rapidité des soins (évacuation, décision chirurgicale).
- ▶ Antécédents pathologiques.
- ▶ Traitements en cours (anticoagulants ou antiagrégants).

Prise en charge thérapeutique

- ▶ Indications traitement médical seul :
 - ◆ stabilité hémodynamique
 - ◆ absence de péritonite
 - ◆ transfusion < à 4 culots globulaires
 - ◆ TDM abdominale ayant permis de classer la lésion
 - ◆ pas de lésions associées
- ▶ Urgence médicochirurgicale.
- ▶ Hospitalisation en SOINS INTENSIFS.
- ▶ Mise en condition :
 - ◆ à jeun
 - ◆ sonde nasogastrique en aspiration
- ▶ REMPLISSAGE VASCULAIRE, maintien d'une bonne hémodynamique, transfusion.
- ▶ Correction des troubles hydro-électrolytiques.
- ▶ ANTALGIQUES intraveineux.
- ▶ SURVEILLANCE ++++ horaire :
 - ◆ clinique :
 - hémodynamique (FC, TA), saturation, douleur, palpation
 - abdominale conscience, diurèse
 - ◆ paraclinique :
 - hémogramme, iono, CRP
 - TDM ABDOMINALE +++ de contrôle entre J4 et J7

En cas d'instabilité hémodynamique

- ▶ Urgence médicochirurgicale.
- ▶ Hospitalisation en SOINS INTENSIFS.
- ▶ Mise en condition :
 - ◆ à jeun
 - ◆ sonde nasogastrique en aspiration
- ▶ REMPLISSAGE VASCULAIRE, maintien d'une bonne hémodynamique, transfusion.
- ▶ Correction des troubles hydro-électrolytiques.
- ▶ ANTALGIQUES intraveineux.
- ▶ TRAITEMENT CHIRURGICAL : LAPAROTOMIE en URGENCE
 - ◆ exploration de la cavité abdominale
 - ◆ bilan des lésions
 - ◆ prélèvements bactériologiques

- ◆ geste thérapeutique : splénectomie, hépatectomie...
- ◆ lavage, drainage
- ▶ SURVEILLANCE ++++ rapprochée :
 - ◆ clinique :
 - hémodynamique (FC, TA), saturation, douleur, palpation
 - abdominale conscience, diurèse, cicatrice, reprise transit
 - ◆ paraclinique :
 - hémogramme (anémie, thrombocytose), iono, CRP
 - TDM ABDOMINALE +++ de contrôle si traitement conservateur



Le mot du conférencier

Question à connaître plutôt sur le versant prise en charge globale d'un polytraumatisé.

Petit rappel sur les PLAIES DE L'ABDOMEN

- Examen :
 - agent pénétrant,
 - siège, type de plaie, trajet (au doigt), exploration sous anesthésie locale;
 - caractère transfixiante de la plaie (pénétrante);
 - examen clinique et si besoin opacification du trajet par du produit de contraste.
- Examens : bilan préopératoire
 - radiographie ASP (pneumopéritoine);
 - échographie abdominale;
 - TDM abdominale injectée en urgence si patient stable.
- Prise en charge :
 - vaccination anti-tétanique;
 - prise en charge éventuel état de choc hémorragique;
 - toute plaie pénétrante = EXPLORATION CHIRURGICALE de la cavité abdominale (coelioscopie ± laparoconversion);
 - laparotomie en urgence si patient instable hémodynamiquement.

À connaître, les plaies de la partie supérieure de l'abdomen : risque de lésions thoracique et médiastinale.

LÉSIONS SPLÉNIQUES

- Formes :
 - fracture;
 - hématome intraparenchymateux;

- hématome sous-capsulaire (risque de rupture secondaire)
 - arrachement hilaire.
- Privilégier un traitement conservateur :
 - abstention ;
 - embolisation ;
 - suture, filet de Vicryl® ;
 - splénectomie partielle ;
- Sinon, splénectomie d'hémostase.

APRÈS SPLÉNECTOMIE +++

- Vaccination antipneumococcique et *hæmophilus*.
- Antibioprophylaxie par Oracilline® au long cours (2 ans).
- Surveillance des plaquettes : aspirine si thrombocytose.

coursdemedecine.blogspot.com

Hidden page


ITEM 217

Occlusion intestinale (généralités)



*Objectifs : Diagnostiquer un syndrome occlusif.
Identifier les situations d'urgence et planifier leur prise en charge.*

Diagnostic d'une occlusion intestinale aiguë

Terrain :

- ▶ âge, oriente vers certaines étiologies
- ▶ antécédents de chirurgie abdominale (CICATRICES +++)
- ▶ prise de médicaments pourvoyeurs d'iléus

Clinique :

- ▶ carré de l'occlusion :
 - ◆ ARRÊT des matières et des gaz digestifs
 - ◆ VOMISSEMENTS, nausées
 - ◆ MÉTÉORISME abdominal
 - ◆ DOULEUR ABDOMINALE brutale ou progressive
 - ◆ abdomen SOUPLE sauf si foyer septique intra-abdominal
- ▶ fausses diarrhées
- ▶ pas de fièvre sauf si complication
- ▶ TR  : ampoule rectale vide ou au contraire vidange du segment d'aval
- ▶ PALPATION DES ORIFICES HERNIAIRES +++ 
- ▶ signes de déshydratation extracellulaire (3^e secteur)

Radiologie en urgence :

- ▶ radiographies d'abdomen sans préparation (importance du cliché debout) :
en 1^{re} intention recherche de niveaux hydro-aériques :
 - ◆ grêliques : plus large que hauts, centraux
 - ◆ coliques : plus hauts que larges, périphériques
- ▶ SCANNER ABDOMINOPELVIEN sans et avec injection de produit de contraste iodé et OPACIFICATION BASSE aux hydrosolubles :
 - ◆ dilatation intestinale du segment d'amont
 - ◆ niveau hydro-aérique en amont
 - ◆ niveau de l'occlusion : jonction intestin dilaté/intestin plat
 - ◆ met en évidence le mécanisme :
 - strangulation d'un segment digestif
 - masse pariétale ou intraluminaire ou compression extrinsèque

- ◆ signes de souffrance pariétale :
 - épanchement péritonéal
 - pneumatose pariétale
- ◆ complication : perforation digestive : pneumopéritoine

Bilan d'examens complémentaires

- ▶ Biologie :
 - ◆ hémococoncentration en cas de 3^e secteur
 - ◆ ionogramme sanguin
 - ◆ bilan préopératoire
 - ◆ LIPASE en cas de doute sur un iléus secondaire à une pancréatite aiguë
- ▶ ECG.
- ▶ Radiographie de thorax.

Connaître les SIGNES DE SOUFFRANCE DIGESTIVE constituant une urgence chirurgicale


- ▶ Douleur abdominale intense.
- ▶ Défense abdominale.
- ▶ Syndrome septique : fièvre, hyperleucocytose.
- ▶ Dilatation cæcale > 10 cm dans les occlusions coliques.

Prise en charge thérapeutique

- ▶ URGENCE médicochirurgicale.
- ▶ Hospitalisation en chirurgie ou soins intensifs si besoin.
- ▶ TRAITEMENT MÉDICAL INITIAL
- ▶ Mise en condition, voies d'abord veineuses :
 - ◆ à jeun
 - ◆ SONDE NASOGASTRIQUE en aspiration
 - ◆ monitoring cardiotensionnel
- ▶ Correction des troubles hydro-électrolytiques, RÉHYDRATATION.
- ▶ Antalgiques intraveineux.
- ▶ TRAITEMENT CHIRURGICAL EN URGENCE :
 - ◆ en cas de signes de souffrance digestive
 - ◆ ou en l'absence d'amélioration après 48 heures de traitement médical
 - ◆ laparotomie ou coelioscopie :
 - exploration cavité abdominale, bilan des lésions : recherche étiologie
 - PRÉLÈVEMENTS BACTÉRIOLOGIQUES du liquide péritonéal

- TRAITEMENT ÉTIOLOGIQUE (section de bride, détorsion intestinale, résection digestive en cas de viabilité douteuse, stomies)
- EXAMEN ANATOMOPATHOLOGIQUE des pièces d'exérèse
- toilette péritonéale
- VIDANGE RÉTROGRADE DU GRÊLE
- drainage péritonéal si besoin

À noter, dans les occlusions par VOLVULUS DU SIGMOÏDE, détorsion endoscopique en 1^{re} intention et mise en place d'un tube de Faucher sous contrôle scopique.

- ▶ SURVEILLANCE  rapprochée de l'efficacité et de la tolérance du traitement :
 - ◆ clinique : sédation douleur, signes pariétaux, reprise du transit, température, vomissements
 - ◆ paraclinique : correction des troubles hydro-électrolytiques



Le mot du conférencier

Sujet tombé en 1997, 2005 et 2006, donc à connaître par cœur!

Connaître les différents types d'occlusion

- mécanique :
 - par obstruction : tumeur pariétale, corps étranger, fécalome...
 - par strangulation : bride, volvulus;
- fonctionnelle :
 - réactionnelle : iléus paralytique, pancréatite aiguë, péritonite, pyélonéphrite, fracture du rachis, hypokaliémie...
 - iatrogène : morphiniques, neuroleptiques, diurétiques.

Ainsi, devant un dossier d'occlusion avec les éléments de l'énoncé, il faut :

Évaluer le niveau de l'occlusion :

- occlusion haute :
 - vomissements précoces,
 - arrêt des matières tardif car vidange du segment d'aval,
 - météorisme peu important;
- occlusion basse :
 - vomissements tardifs,
 - arrêt des matières précoce,
 - météorisme important.

coursdemedecine.blogspot.com

Hidden page

ITEM 217

Occlusion sur bride

*Objectifs : Diagnostiquer un syndrome occlusif.
Identifier les situations d'urgence et planifier leur prise en charge.*

Diagnostic d'une occlusion intestinale aiguë sur bride postopératoire = occlusion mécanique du grêle par strangulation

Terrain : antécédents de chirurgie abdominale (CICATRICES +++). ⚠

Clinique :

- ▶ carré de l'occlusion :
 - ◆ ARRÊT TARDIF des matières et des gaz digestifs
 - ◆ VOMISSEMENTS PRÉCOCES
 - ◆ MÉTÉORISME abdominal MODÉRÉ
 - ◆ DOULEUR ABDOMINALE BRUTALE
- ▶ abdomen SOUPLE sauf si nécrose pariétale
- ▶ fausses diarrhées
- ▶ pas de fièvre sauf si complication
- ▶ TR ⚠ : ampoule rectale vide ou au contraire vidange du segment d'aval
- ▶ PALPATION DES ORIFICES HERNIAIRES +++ ⚠
- ▶ signes de déshydratation extracellulaire (3^e secteur)

Radiologie en urgence :

- ▶ radiographies d'abdomen sans préparation (importance du cliché debout) : en 1^{re} intention recherche de niveaux hydro-aériques de types grêliques :
 - ◆ plus large que hauts
 - ◆ centraux
- ▶ SCANNER ABDOMINOPELVIEN sans et avec injection de produit de contraste iodé et OPACIFICATION BASSE aux hydrosolubles :
 - ◆ dilatation intestinale du segment d'amont
 - ◆ niveau hydro-aérique en amont
 - ◆ niveau de l'occlusion : jonction grêle dilaté/grêle plat
 - ◆ montre le mécanisme : strangulation d'un segment digestif
 - ◆ signes de souffrance pariétale :
 - épanchement péritonéal
 - pneumatose pariétale
 - ◆ complication : perforation digestive, pneumopéritoine

Bilan d'examens complémentaires

- ▶ Biologie :
 - ◆ hémococoncentration en cas de 3^e secteur
 - ◆ ionogramme sanguin
 - ◆ bilan préopératoire
 - ◆ LIPASE en cas de doute
- ▶ ECG et troponine.
- ▶ Radiographie de thorax.

Connaître les SIGNES DE SOUFFRANCE DIGESTIVE qui imposent une intervention chirurgicale en urgence

- ▶ Douleur abdominale intense.
- ▶ Défense abdominale.
- ▶ Syndrome septique : fièvre, hyperleucocytose.
- ▶ Dilatation caecale > 10 cm dans les occlusions coliques.

Prise en charge thérapeutique

- ▶ URGENCE médicochirurgicale.
- ▶ Hospitalisation en chirurgie ou soins intensifs si besoin.
- ▶ TRAITEMENT MÉDICAL INITIAL
 - ◆ mise en condition :
 - voies d'abord veineuses
 - À JEUN
 - SONDE NASOGASTRIQUE en aspiration
 - monitoring cardiotensionnel
 - ◆ correction des troubles hydro-électrolytiques, RÉHYDRATATION
 - ◆ antalgiques intraveineux
- ▶ TRAITEMENT CHIRURGICAL EN URGENCE :
 - ◆ en cas de signes de souffrance digestive
 - ◆ ou en l'absence d'amélioration après 48 heures de traitement médical
 - ◆ coelioscopie première ± laparoconversion
 - ◆ exploration cavité abdominale, bilan des lésions : recherche étiologie
 - ◆ PRÉLÈVEMENTS BACTÉRIOLOGIQUES du liquide péritonéal
 - ◆ TRAITEMENT ÉTIOLOGIQUE : section de bride, détorsion intestinale
 - ◆ résection digestive ± anastomose en cas de viabilité douteuse
 - ◆ EXAMEN ANATOMOPATHOLOGIQUE des pièces d'exérèse
 - ◆ toilette péritonéale

- ◆ VIDANGE RÉTROGRADE DU GRÊLE
- ◆ drainage péritonéal si besoin
- ▶ SURVEILLANCE :
 - ◆ rapprochée de l'efficacité et de la tolérance du traitement
 - ◆ clinique : sédation douleur, signes pariétaux, reprise du transit, température, vomissements
- ▶ PRÉVENIR LE PATIENT DU RISQUE DE RÉCIDIVE, malgré l'intervention.



Le mot du conférencier

- Sujet tombé en 1997.
- Il faut plutôt privilégier un traitement chirurgical dans ce genre de dossier, où on vous placera un ou plusieurs signes de souffrance digestive (à connaître).

coursdemedecine.blogspot.com

Hidden page

ITEM 217

Occlusion sur un cancer colique gauche

*Objectifs : Diagnostiquer un syndrome occlusif.
Identifier les situations d'urgence et planifier leur prise en charge.*

Diagnostic d'une tumeur colique gauche en occlusion

Terrain :

- ◆ âge > 50 ans
- ◆ antécédents personnels ou familiaux de cancer colique
- ◆ contexte génétique : polypose adénomateuse familiale, HNPCC
- ◆ pas de cicatrice abdominale
- ◆ altération de l'état général, perte de poids

Clinique :

- ▶ carré de l'occlusion :
 - ◆ ARRÊT PROGRESSIF des matières et des gaz digestifs
 - ◆ VOMISSEMENTS TARDIFS, fécaloïdes
 - ◆ MÉTÉORISME abdominal IMPORTANT
 - ◆ DOULEUR ABDOMINALE PROGRESSIVE
- ▶ abdomen SOUPLE sauf si foyer septique intra-abdominal
- ▶ fausses diarrhées
- ▶ pas de fièvre sauf si complication
- ▶ TR +++ : palpation éventuelle de la tumeur ⚠
- ▶ recherche de carcinose péritonéale (nodules du cul-de-sac de Douglas)
- ▶ ampoule rectale vide ou au contraire vidange du segment d'aval
- ▶ PALPATION DES ORIFICES HERNIAIRES +++ ⚠
- ▶ signes de déshydratation extracellulaire (3^e secteur)
- ▶ bilan d'extension clinique :
 - ◆ locale = toucher rectal
 - ◆ palpation des aires ganglionnaires
 - ◆ recherche d'une hépatomégalie
 - ◆ recherche de douleurs osseuses
 - ◆ signe de localisation neurologique

Radiologie en urgence :

- ▶ radiographies d'abdomen sans préparation (importance du cliché debout) : en 1^{re} intention recherche de niveaux hydro-aériques coliques :
 - ◆ plus hauts que larges
 - ◆ périphériques
- ▶ SCANNER ABDOMINOPELVIEN sans et avec injection de produit de contraste iodé et OPACIFICATION BASSE aux HYDROSOLUBLES +++ :
 - ◆ dilatation intestinale du segment d'amont
 - ◆ niveau hydro-aérique en amont
 - ◆ niveau de l'occlusion : jonction intestin dilaté/intestin plat
 - ◆ montre le mécanisme : masse pariétale
- ▶ signes de souffrance pariétale en amont :
 - ◆ épanchement péritonéal
 - ◆ pneumatose pariétale
- ▶ complication, perforation digestive : pneumopéritoine

Bilan d'examens complémentaires

- ▶ Biologie :
 - ◆ hémococoncentration en cas de 3^e secteur
 - ◆ ionogramme sanguin
 - ◆ bilan préopératoire
- ▶ ECG.
- ▶ Radiographie de thorax.

Connaître les SIGNES DE SOUFFRANCE DIGESTIVE constituant une urgence chirurgicale

- ▶ Douleur abdominale intense.
- ▶ Défense abdominale.
- ▶ Syndrome septique : fièvre, hyperleucocytose.
- ▶ Dilatation caecale > 10 cm dans les occlusions coliques : nécessite un geste de dérivation rapide.

Prise en charge thérapeutique

- ▶ URGENCE médicochirurgicale.
- ▶ Hospitalisation en chirurgie ou soins intensifs si besoin.
- ▶ TRAITEMENT MÉDICAL INITIAL :
 - ◆ mise en condition :
 - voies d'abord veineuses
 - à jeun

- SONDE NASOGASTRIQUE en aspiration
- monitoring cardiotensionnel
- ◆ correction des troubles hydro-électrolytiques, RÉHYDRATATION
- ◆ antalgiques intraveineux
- ▶ TRAITEMENT endoscopie en 1^{re} intention : ENDOPROTHÈSE COLIQUE :
 - ◆ en cas d'échec, traitement chirurgical :
 - COLOSTOMIE DE DÉCHARGE de proche amont
 - par voie élective
 - ◆ avantage de ces traitements :
 - traitements peu invasifs de l'occlusion
 - bilan d'extension du cancer fait à froid
 - ◆ en cas de mauvaise tolérance : colectomie segmentaire ou subtotale ± remise en continuité avec examen anatomopathologique de la pièce d'exérèse ⚠
- ▶ SURVEILLANCE rapprochée de l'efficacité et de la tolérance du traitement :
 - ◆ clinique : sédation douleur, signes pariétaux, reprise du transit, température, vomissements
 - ◆ bilan d'extension à distance :
 - COLOSCOPIE COMPLÈTE + BIOPSIES pour affirmer le diagnostic de cancer
 - Radiographie de thorax ± SCANNER THORACIQUE



Le mot du conférencier

- Sujet tombé en 2005.
- Tableau typique d'occlusion aiguë par obstruction.
- Connaître la prise en charge actuelle qui privilégie en première intention le traitement endoscopique.
- La colectomie totale en urgence n'est faisable que sur des patients encore en bon état général, elle permet de traiter en même temps d'éventuelles lésions synchrones sur le côlon d'amont.

coursdemedecine.blogspot.com

Hidden page

ITEM 224

Appendicite aiguë

*Objectifs : Diagnostiquer une appendicite.
Identifier les situations d'urgence et planifier leur prise en charge.*

Diagnostic

Clinique :

- ▶ douleur abdominale en FID (parfois épigastrique au début)
- ▶ défense en FID
- ▶ fièvre
- ▶ nausées, vomissements
- ▶ orifices herniaires libres
- ▶ autres : psoïtis, langue saburrale, BU négative

Examens complémentaires : aucun sauf bilan préopératoire si tableau typique.

Biologie :

- ▶ bilan préopératoire
- ▶ syndrome inflammatoire biologique
- ▶ BHCG+++ ⚠

Radiologie :

- ▶ ASP : niveaux hydro-aériques en FID, peu sensible, stercolithe appendiculaire (enfants ++)
- ▶ échographie pelvienne suspubienne et endovaginale chez la femme (en cas de doute avec une salpingite aiguë ou chez l'enfant)
- ▶ TDM abdominopelvienne sans et avec injection produit de contraste, si doute diagnostique. Critères :
 - ◆ diamètre > 6 mm,
 - ◆ paroi > 3 mm,
 - ◆ infiltration de la graisse péri-appendiculaire
 - ◆ prise de contraste avec image en cocarde
 - ◆ ± stercolithe

Prise en charge

- ▶ Hospitalisation en urgence, en chirurgie.
- ▶ Accord parental d'opérer si besoin.
- ▶ Mise en condition : à jeun, perfusion, consultation d'anesthésie, bilan préopératoire.

- ▶ Antalgiques IV.
- ▶ Réhydratation IV.
- ▶ Traitement chirurgical sous anesthésie générale : appendicectomie par coelioscopie ou laparotomie (Mc Burney).
- ▶ Examen anatomopathologique de la pièce (car diagnostic différentiel = tumeur carcinoïde).
- ▶ Toilette péritonéale.
- ▶ Surveillance (principalement : fièvre, douleur, transit).

Complications

- ▶ Postopératoires : abcès de paroi, abcès du cul-de-sac de Douglas, péritonite.
- ▶ Tardives : occlusion mécanique du grêle sur bride, éventration, stérilité tubaire (adhérences).

Formes ectopiques à connaître

- ▶ rétrocaecale : psoïtis, douleur lombaire, BU négative
- ▶ pelvienne : douleur hypogastrique, signes fonctionnels urinaires
- ▶ mésocœliaque : occlusion du grêle fébrile
- ▶ sous-hépatique : douleur de l'hypochondre droit



Le mot du conférencier

- Question simple, pathologie fréquente, potentiellement grave.
- Diagnostic principalement clinique, pas d'examen assez sensible et spécifique pour en affirmer le diagnostic.
- Retenir le consensus (SNFGE, 1998), devant une douleur en fausse iliaque droite, le diagnostic d'appendicite aiguë est écarté si :
 - pas de défense abdominale;
 - pas de fièvre $> 38^{\circ}$;
 - pas d'hyperleucocytose supérieure à 10000.

Dans ce cas, un nouvel examen clinique, en externe ou en hospitalisation, est souhaitable dans les 6 à 12 heures suivantes.

- La sortie est autorisée en fonction de l'obtention de l'apyrexie, de la reprise du transit intestinal et de l'absence de signe abdominal anormal.
- Ne pas oublier : l'examen anatomopathologique est indispensable, quel que soit l'aspect macroscopique de l'appendice.

coursdemedecine.blogspot.com

Hidden page

coursdemedecine.blogspot.com

Hidden page

ITEM 234

Diverticulose colique et sigmoïdite

*Objectifs : Diagnostiquer une diverticulose colique et une sigmoïdite.
Identifier les situations d'urgence et planifier leur prise en charge.
Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient.*

Diverticulose colique

45 % des plus de 70 ans.

Répartition décroissante du nombre de diverticules en allant du côlon sigmoïde vers le côlon droit.

Diagnostic

Terrain :

- ▶ rare en dessous de 45 ans
- ▶ régime pauvre en fibres

Clinique :

- ▶ asymptomatique si non compliquée
- ▶ parfois troubles fonctionnels intestinaux (alternance diarrhée/constipation, douleur colique en cadre, ballonnement)

Circonstances de découverte :

- ▶ lors d'une complication
- ▶ découverte fortuite lors d'une coloscopie

Pas d'examen complémentaire si coloscopie déjà faite

Complications éventuelles

- ▶ Infectieuses (20 %) :
 - ◆ sigmoïdite aiguë diverticulaire
 - ◆ péritonite
 - ◆ abcès péricolique
 - ◆ occlusion (sténose inflammatoire)
 - ◆ fistulisation

- ▶ Chronique :
 - ◆ sténose postinflammatoire
 - ◆ fistule
- ▶ Hémorragie diverticulaire (5 %).

Traitement

Mesures hygiénodietétiques : régime riche en fibres (mesure préventive).

Traitement médicamenteux : laxatifs ou ralentisseurs du transit selon les besoins, antispasmodiques.

Sigmoïdite aiguë diverticulaire

Diagnostic

Terrain :

- ▶ âge > 45 ans
- ▶ diverticulose connue ? Notion d'épisode précédent ?
- ▶ facteurs déclenchants : prise d'AINS ++++

Clinique :

- ▶ douleur abdominale avec DÉFENSE en FIG
- ▶ fièvre
- ▶ troubles du transit : diarrhée ou constipation, voire même occlusion
- ▶ parfois signes fonctionnels urinaires par irritation vésicale (BU peut être positive)
- ▶ TR :
 - ◆ recherche masse palpable (tumeur, abcès périrectal)
 - ◆ recherche épanchement intra-abdominal

Radiologie :

SCANNER abdominopelvien :

- ▶ sans et avec produit de contraste et avec opacification digestive basse (hydrosolubles)
- ▶ montre les diverticules
- ▶ fait le diagnostic :
 - ◆ épaississement paroi (> 5 mm) avec prise de contraste
 - ◆ infiltration de la graisse péricolique
- ▶ recherche de complications :
 - ◆ abcès péricolique
 - ◆ pneumopéritoine (perforation digestive)
 - ◆ épanchement intra-abdominal (péritonite)

Bilan d'examens complémentaires

EN URGENCE.

Biologie : bilan préopératoire : NFS, CRP, ionogramme, créatinine, hémostase ; Gr, rh, RAI

Bactériologie :

- ◆ hémocultures répétées si $T > 38,5^{\circ}\text{C}$
- ◆ ECBU si BU positive

Radiologie : radiographie d'ASP, recherche pneumopéritoine

La coloscopie est CONTRE-INDIQUÉE à la phase aiguë (risque de perforation, peu contributive). ⚠

Diagnostics différentiels

- ▶ Colites : infectieuses, ischémiques, inflammatoires.
- ▶ Cancer du côlon surinfecté (même terrain : âge).

Prise en charge immédiate

- ▶ Hospitalisation en urgence en chirurgie.
- ▶ Mise en condition :
 - ◆ à jeun, voie veineuse périphérique
 - ◆ sonde nasogastrique en aspiration si syndrome occlusif
- ▶ Remplissage vasculaire si nécessaire et correction des troubles hydro-électrolytiques.
- ▶ Double antibiothérapie probabiliste, bactéricide, active sur les germes digestifs, secondairement adaptée : C3G + MÉTRONIDAZOL ou AUGMENTIN® + OFLOXACINE.
- ▶ Antalgiques.
- ▶ Si abcès : drainage sous contrôle radiologique ou chirurgical.
- ▶ dès sédation de la douleur : reprise alimentation *per os* par régime sans résidu.
- ▶ Surveillance.
- ▶ Prise en charge à distance.
- ▶ Coloscopie totale à un mois systématique.

Traitement chirurgical

- ▶ Sigmoïdectomie ou hémicolectomie gauche selon l'étendue des lésions.
- ▶ Indications :
 - ◆ complication d'emblée (intervention de Hartmann)

- ◆ 1^{re} poussée avant 60 ans (selon les équipes)
- ◆ 2^e poussée
- EXAMEN ANATOMOPATHOLOGIQUE de la pièce opératoire (diagnostic différentiel = cancer surinfecté).



Le mot du conférencier

- Sujet tombé en 1998 à l'internat.
- Question médicochirurgicale tombable, car pathologie fréquente et potentiellement grave.
- Retenir la prise d'AINS comme l'un des facteurs déclenchants.
- Toujours penser au cancer colorectal surinfecté comme diagnostic différentiel.
- Pour compléter, le traitement des autres complications :
 - péritonite (stercorale par perforation ou purulente) : sigmoïdectomie par intervention de Hartmann, antibiothérapie, traitement du choc septique...;
 - abcès péricolique : ponction sous contrôle radiographique (TDM) ou chirurgie et antibiothérapie;
 - fistules (vésicales, vaginales, cutanée...) : antibiothérapie et traitement chirurgical à froid;
 - occlusion : SNG, traitement médical ou Hartmann en urgence si mal tolérée.

ITEM 245

Hernies pariétales

*Objectifs : Diagnostiquer une hernie inguinale.
Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient.*

Hernies inguinales

Collet de la hernie au-dessus du ligament inguinal.

Diagnostic = clinique

- ▶ Interrogatoire :
 - ◆ antécédents médicochirurgicaux
 - ◆ circonstance d'apparition : toux, défécation, efforts...
 - ◆ FACTEURS FAVORISANTS :
 - efforts de poussée (toux chronique, constipation, hypertrophie bénigne de prostate, port de charges lourdes, obésité)
 - faiblesse musculaire : âge, sédentarité, gêne fonctionnelle, douleur retentissement sur la vie quotidienne
- ▶ Examen :
 - ◆ debout, puis couché
 - ◆ palpation d'une tuméfaction **IMPULSIVE** à la toux, **RÉDUCTIBLE**, **INDOLORE**
 - ◆ connaître les deux variétés anatomiques :
 - oblique externe (indirecte) suit le canal inguinal, passe en dehors des vaisseaux épigastriques. Au maximum, c'est une hernie inguinoscrotale
 - directe : trajet antéropostérieure, en dedans des vaisseaux épigastriques
 - ◆ TR normal
 - ◆ examen **BILATÉRAL** de tous les **ORIFICES HERNIAIRES** ⚠

Paraclinique :

- ▶ pas besoin d'imagerie pour faire le diagnostic
- ▶ l'échographie peut être utile chez les patients obèses
- ▶ bilan paraclinique :
 - ◆ uniquement si traitement chirurgical prévu
 - ◆ bilan préopératoire adapté à l'état général et aux comorbidités

Traitement :

- ▶ indication opératoires :
 - ◆ hernie compliquée :
 - étranglée
 - engouée (hernie fixée), car risque d'étranglement
 - ◆ hernie volumineuse symptomatique
- ▶ traitement chirurgical programmé
- ▶ après bilan préopératoire et consultation d'anesthésie
- ▶ par abord direct (avec ou sans pose de prothèse pariétale) ou coelioscopie (avec prothèse)
- ▶ si en urgence, pas de prothèse pariétale
- ▶ surveillance postopératoire clinique surtout (douleur, cicatrice, transit...) et paraclinique si besoin

Hernie inguinale étranglée (à bien connaître)**Diagnostic :**

- ▶ terrain : hernie connue
- ▶ clinique :
 - ◆ douleur inguinale violente, brutale
 - ◆ tuméfaction NON IMPULSIVE, IRRÉDUCTIBLE, DOULOUREUSE
 - ◆ SYNDROME OCCLUSIF (nausées, vomissements, arrêts des matières et des gaz, douleur abdominale, météorisme abdominal)
 - ◆ palpation systématique des AUTRES ORIFICES HERNIAIRES
 - ◆ toucher rectal : recherche cause locale d'occlusion (tumeur)
- ▶ radiologie :
 - ◆ ASP : niveaux hydro-aériques plutôt grêliques ou plutôt coliques (selon le type de viscères incarcérés)
 - ◆ TDM abdominale injectée en urgence SI DOUTE DIAGNOSTIQUE :
 - confirme le diagnostic
 - précise le contenu de la hernie
 - montre le siège de l'occlusion sur le tube digestif
 - recherche des complications : pneumopéritoine (nécrose digestive)
- ▶ bilan paraclinique : préopératoire en urgence

Traitement :

- ▶ urgence chirurgicale
- ▶ mise en condition :
 - ◆ à jeun, voie veineuse périphérique, monitoring cardiotensionnel
 - ◆ SONDE NASOGASTRIQUE en aspiration
- ▶ consultation d'anesthésie
- ▶ réhydratation, correction des troubles hydro-électrolytiques (dus à l'occlusion)

- ▶ traitement chirurgical en urgence :
 - ◆ par abord inguinal, laparotomie médiane si besoin
 - ◆ bilan des lésions : vérification de la vitalité du contenu
 - ◆ résection–anastomose digestive si besoin
 - ◆ traitement de la hernie (mais sans pose de plaque car risque infectieux)
- ▶ surveillance :
 - ◆ clinique :
 - douleur, reprise du transit, aspect cicatrice
 - TA, FC, température
 - ◆ paraclinique : correction des troubles hydro-électrolytiques...

Hernies crurales

Collet en dessous du ligament inguinal.

- ▶ terrain : femme surtout
- ▶ clinique : tuméfaction petite sur la face interne de la racine de la cuisse, en dedans des vaisseaux fémoraux
- ▶ radiologie : intérêt de l'échographie pour confirmer le diagnostic
- ▶ indication au traitement chirurgical : toute hernie crurale, car risque d'étranglement important

Hernies ombilicales

- ▶ Hernie acquise par distension de l'orifice ombilical.
- ▶ Clinique : tuméfaction ombilicale et réductible, habituellement de petite taille.

Deux cas particuliers :

- ▶ chez l'obèse : souvent volumineuse, et irréductible;
- ▶ chez le cirrhotique : hernie contenue d'ascite, difficile de traitement compte tenu des comorbidités et du risque d'infection du liquide d'ascite. Traitement chirurgical à froid après traitement de l'ascite et antibioprophylaxie.



Le mot du conférencier

Sujet simple, peu tombable dans une forme simple.

Rappels

- Hernie : issue de viscères abdominaux (grêle, côlon, épiploon, annexes...) recouverts de péritoine pariétal à travers un orifice naturel de la paroi abdominale.

- Hernie inguinale congénitale : toujours oblique externe.
- Hernie inguinale acquise : directe le plus souvent (par faiblesse de la paroi).

Deux situations à connaître

- HERNIE INGUINALE ÉTRANGLÉE avec la prise en charge en urgence de l'occlusion.
- HERNIE SYMPTÔME : toute hernie d'apparition récente chez un sujet à risque doit faire rechercher un cancer colorectal (hernie en amont d'une obstruction chronique). Parfois même la tumeur du côlon peut être incarcérée dans la hernie.

ITEM 258

Lithiase biliaire et complications

*Objectifs : Diagnostiquer une lithiase biliaire et ses complications.
Identifier les situations d'urgence et planifier leur prise en charge.
Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient.*

Diagnostic d'une crise de colique hépatique

Terrain :

- ▶ facteurs de risque de calcul cholestérolique :
 - ◆ femme > homme, augmente avec l'âge
 - ◆ obésité, régime hypercalorique
- ▶ diminutions des acides biliaires : résection iléocæcale, Crohn
- ▶ diminution motilité vésiculaire : grossesse, somatostatine

Clinique :

- ▶ DOULEUR HYPOCHONDRE DROIT ou épigastrique, paroxystique, avec irradiation (omoplate droit ou rachis dorsal), inhibition de l'inspiration profonde
- ▶ douleur provoquée à la palpation, SANS DÉFENSE
- ▶ palpation d'une grosse vésicule (rare)
- ▶ nausées, vomissements
- ▶ PAS DE FIÈVRE, PAS D'ICTÈRE

Paraclinique :

- ▶ échographie abdominale en urgence :
 - ◆ calculs hyperéchogènes, mobiles
 - ◆ avec cônes d'ombres postérieurs
 - ◆ ± enclavés dans le collet
 - ◆ signes négatifs :
 - épaisseur paroi < 4 mm
 - diamètre de la voie biliaire principale < 7 mm
 - voies biliaires intrahépatiques non dilatées
- ▶ bilan hépatique : cytolyse et cholestase en cas de migration lithiasique
- ▶ bilan paraclinique : bilan préopératoire adapté à l'âge et aux comorbidités si chirurgie prévue

Prise en charge thérapeutique

Indications :

- ▶ Colique hépatique : traitement chirurgical à froid.
- ▶ Si découverte fortuite d'une lithiase vésiculaire : pas de traitement.
- ▶ Traitement CHIRURGICAL sans urgence :
 - ◆ après bilan préopératoire et consultation d'anesthésie
 - ◆ antibioprophylaxie peropératoire
 - ◆ premier temps explorateur : bilan des lésions, exploration de la cavité abdominale
 - ◆ CHOLÉCYSTECTOMIE par CŒLIOSCOPIE ⚠
 - ◆ avec CHOLANGIOGRAPHIE PEROPÉRATOIRE ⚠ à la recherche de calcul de voie biliaire principale, d'une plaie de la voie biliaire
 - ◆ pièce envoyée en ANATOMOPATHOLOGIE

Surveillance :

- ▶ clinique : douleur, reprise transit, température
- ▶ paraclinique : bilan hépatique à distance



Le mot du conférencier

Question simple bien codifiée, aucun piège.

Petit rappel

Évolution naturelle de la colique hépatique : plusieurs cas possible :

- résolution spontanée;
- obstruction complète :
→ hydrocholécyste → cholécystite aiguë → pyocholecyste → abcès, péritonite;
- obstruction incomplète → cholécystite chronique;
- syndrome de Mirizzi;
- migration dans la voie biliaire principale :
 - migration sans obstruction,
 - obstruction → angiocholite,
 - ampoule de Vater : pancréatite aiguë biliaire.

Insister sur la voie d'abord par coelioscopie, rarement la cholécystectomie est faite par laparotomie dans une chirurgie à froid (antécédent de laparotomie médiane sus-ombilicale ou sous-costale), c'est la seule intervention où il est important de le préciser dans un dossier.

Ne pas oublier l'examen anatomopathologique de la pièce à la recherche d'un carcinome vésiculaire.

A priori, pas d'indication d'un traitement médical de la lithiase vésiculaire à l'internat (par acides biliaires type Ursolvan®) : utilisé uniquement si le patient est symptomatique et n'est pas opérable.

coursdemedecine.blogspot.com

coursdemedecine.blogspot.com

ITEM 258

Cholécystite aiguë

*Objectifs : Diagnostiquer une lithiase biliaire et ses complications.
Identifier les situations d'urgence et planifier leur prise en charge.
Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient.*

Diagnostic

Terrain :

- ▶ facteurs de risque de lithiase vésiculaire
- ▶ calculs vésiculaires connus

Clinique :

- ▶ fièvre 38–39 °C
- ▶ nausées, vomissements
- ▶ douleur spontanée et douleur à la palpation augmentant à l'inspiration profonde qui est inhibée (manœuvre de Murphy positive)
- ▶ voire DÉFENSE de l'HYPOCHONDRE DROIT
- ▶ PAS D'ICTÈRE sauf lithiase de la voie biliaire principale associée

Paraclinique :

- ▶ échographie abdominale en urgence : confirme le diagnostic
 - ◆ calcul(s) avec cône d'ombre postérieur, ± enclavé dans le collet
 - ◆ ÉPAISSISSEMENT de la paroi > 3 mm
 - ◆ diamètre de la voie biliaire principale < 7 mm
 - ◆ sludge vésiculaire
 - ◆ signe de Murphy échographique
- ▶ biologie :
 - ◆ hyperleucocytose à polynucléaire neutrophile
 - ◆ bilan hépatique et lipase normale

Bilan d'examens complémentaires

- ▶ Biologie :
 - ◆ bilan préopératoire
 - ◆ hémocultures si fièvre > 38,5 °C ou frisson
- ▶ ECG.

- ▶ Radiologie :
 - ◆ ASP : élimine un pneumopéritoine
 - ◆ radiographie de thorax

Diagnostic différentiels

- ▶ Chirurgicaux :
 - ◆ appendicite aiguë sous-hépatique
 - ◆ ulcère gastroduodéal perforé
 - ◆ angiocholite
 - ◆ cholécystite aiguë lithiasique
 - ◆ carcinome vésiculaire
- ▶ Médicaux :
 - ◆ ulcère gastroduodéal
 - ◆ pancréatite aiguë
 - ◆ périhépatite, hépatite aiguë
 - ◆ infarctus du myocarde
 - ◆ pneumopathie aiguë droite, pleurésie droite
 - ◆ pyélonéphrite aiguë droite

Complications

- ▶ Péritonite aiguë biliaire secondaire à la perforation de la vésicule biliaire.
- ▶ Abscess sous-phrénique.
- ▶ Fistule cholécystocholédocienne, cholécystoduodénale (pouvant donner un iléus biliaire), cholécystocolique.

Traitement de la cholécystite aiguë lithiasique

- ▶ Urgence médicochirurgicale.
- ▶ Mise en condition : à jeun, bilan préopératoire, consultation anesthésie.
- ▶ Antalgiques intraveineux.
- ▶ Rééquilibration hydro-électrolytique.
- ▶ Antibiothérapie probabiliste, intraveineuse, bactéricide, active sur les entérobactéries secondairement adaptées aux prélèvements : C3G + métronidazol ou AMOXICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE + OFLOXACINE
- ▶ Traitement chirurgical :
 - ◆ par CŒLIOSCOPIE
 - ◆ CHOLÉCYSTECTOMIE
 - ◆ avec CHOLANGIOGRAPHIE PEROPÉRATOIRE
 - ◆ ± traitement d'un calcul de la voie biliaire principale (extraction)
- ▶ Examen ANATOMOPATHOLOGIQUE de la pièce.

► Surveillance :

- ◆ clinique : température, reprise du transit, douleur, cicatrice
- ◆ biologique : régression du syndrome inflammatoire



Le mot du conférencier

Sujet déjà tombé, simple.

- Connaître les diagnostics différentiels.
- Traitement chirurgical en urgence (dans les 48 heures), il n'est pas recommandé de refroidir la cholécystite par les antibiotiques puis d'opérer car cela accroît la morbidité.
- Seul cas de chirurgie retardée (après J7) : état du patient contre-indiquant une chirurgie en urgence (anticoagulant, décompensation cardiaque...).
- **Entité clinique à connaître : la cholécystite alithiasique :**
 - Causes :
 - réanimation : état de choc, polytraumatisé, brûlé ;
 - immunodépression, VIH ;
 - infections bactériennes (salmonellose, spirochétose et tous germes à Gram négatif) ;
 - postopératoire : œsophagectomie, gastrectomie.
 - Échographie : signes de cholécystite sans calcul.
 - Traitement : identique.
- **Seuls éléments à connaître sur la cholécystite chronique :**
 - risque de transformation maligne ;
 - traitement chirurgical.

coursdemedecine.blogspot.com

ITEM 258

Angiocholite aiguë lithiasique

*Objectifs : Diagnostiquer une lithiasie biliaire et ses complications.
Identifier les situations d'urgence et planifier leur prise en charge.
Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient.*

Définition : septicémie à point de départ biliaire.

Diagnostic

Clinique :

Triade de Charcot :

- ▶ DOULEUR avec Défense de L'HYPOCHONDRE DROIT
- ▶ FIÈVRE (39–40 °C) avec frissons
- ▶ ICTÈRE CUTANÉOMUQUEUX (peut manquer au début)

Paraclinique :

- ▶ échographie :
 - ◆ dilatation de la voie biliaire principale > 8 mm
 - ◆ dilatation des voies biliaires intra- et extrahépatiques
 - ◆ vésicule lithiasique
- ▶ biologie :
 - ◆ hyperleucocytose à polynucléaire neutrophile
 - ◆ cytolyse, cholestase ictérique
 - ◆ baisse du TP, TCA normal (diminution de facteurs vitamine K dépendants si obstruction subaiguë ou chronique)
 - ◆ hémocultures

Ces examens suffisent à affirmer le diagnostic et débiter le traitement antibiotique en urgence.

Bilan d'examens complémentaires

- ▶ Biologie :
 - ◆ bilan préopératoire
 - ◆ lipasémie
- ▶ Échoendoscopie :
 - ◆ si doute diagnostique
 - ◆ localise l'obstacle

- ◆ précise sa nature :
 - 90 % lithiasique
 - 10 % : tumorale, compression extrinsèque, parasite...
- ▶ Cholangio-IRM si doute diagnostique et contre-indication à l'échoendoscopie.
- ▶ TDM abdominale injectée si origine tumorale de l'angiocholite (dilatation des voies biliaires sans lithiasie).

Prise en charge thérapeutique

- ▶ Urgence médicochirurgicale.
- ▶ Hospitalisation en chirurgie ou en soins intensifs si besoin.
- ▶ Mise en condition : à jeun, voie d'abord veineuse, consultation d'anesthésie.
- ▶ Correction des troubles hydro-électrolytiques, remplissage vasculaire.
- ▶ Antalgiques intraveineux, antipyrétiques.
- ▶ ANTIBIOTHÉRAPIE intraveineuse, à large spectre, bactéricide, active sur les germes digestifs, secondairement adaptée à l'antibiogramme : C3G + MÉTRONIDAZOL.
- ▶ Traitement étiologique : levée de l'obstacle ; deux méthodes : chirurgicale ou mixte.
- ▶ Mixte : cholangiopancréatographie rétrograde endoscopique + SPHINCTÉROTOMIE ENDOSCOPIQUE : dans les 48 heures, puis CHOLÉCYSTECTOMIE à froid
- ▶ Chirurgicale :
 - ◆ coelioscopie ou laparotomie
 - ◆ cholécystectomie
 - ◆ cholangiographie peropératoire
 - ◆ cholédocotomie pour ablation des calculs
 - ◆ fermeture sur un drain de Kehr
 - ◆ cholangiographie à distance par le drain de Kehr avant son ablation
- ▶ Surveillance, clinique et paraclinique, de l'efficacité et de la tolérance du traitement :
 - ◆ clinique : température, douleur, ictère, transit, TA, FC
 - ◆ paraclinique :
 - régression du syndrome inflammatoire
 - négativation des prélèvements bactériologiques
 - normalisation du bilan hépatique



Le mot du conférencier

- Question à bien connaître, grande urgence.
- La clinique et l'échographie abdominale suffisent parfois seules au diagnostic.
- Pour le traitement étiologique, expliquer que les deux attitudes (sphinctérotomie puis chirurgie ou chirurgie seule) peuvent être réalisées. Cependant, il faut rechercher une indication formelle à la sphinctérotomie première.
- Connaître les indications formelles de la sphinctérotomie endoscopique (SFED, 2003) :
 - angiocholite associée à une pancréatite aiguë biliaire;
 - angiocholite aiguë lithiasique grave;
 - lithiase résiduelle de la voie biliaire principale après cholécystectomie.
- Connaître les complications de la sphinctérotomie (SFED, 2003) :
 - angiocholite par reflux;
 - pancréatite aiguë;
 - perforation duodénale;
 - hémorragie digestive;
 - sténose.

coursdemedecine.blogspot.com

ITEM 268

Pancréatite aiguë

Objectifs : Diagnostiquer une pancréatite aiguë.
Identifier les situations d'urgence et planifier leur prise en charge.

Diagnostic

Douleur abdominale aiguë évocatrice + lipasémie > 3 N.

Clinique :

- ▶ DOULEUR abdominale aiguë ÉPIGASTRIQUE, transfixiante résistante aux antalgiques simples, diminuée en antéflexion
- ▶ apyrexie sauf si complication
- ▶ ILÉUS intestinal réactionnel
- ▶ vomissements, nausées
- ▶ SIGNES DE GRAVITÉ = défaillance multiviscérale :
 - ◆ choc hypovolémique
 - ◆ détresse respiratoire
 - ◆ oligo-anurie
 - ◆ troubles neuropsychiques
 - ◆ ecchymoses

Biologique :

- ▶ lipasémie > 3 N
- ▶ amylasémie peu utilisée, car non spécifique

<http://coursdemedecine.blogspot.com/>

Bilan d'examens complémentaires

Biologie :

- ▶ hémogramme
- ▶ ionogramme sanguin, créatininémie, urémie
- ▶ LDH
- ▶ ASAT/ALAT
- ▶ hémostase, groupe sanguin, rhésus, RAI
- ▶ glycémie

Radiologie :

- ▶ ASP en urgence :
 - ◆ anse jéjunale

coursdemedecine.blogspot.com

Hidden page

coursdemedecine.blogspot.com

Hidden page

coursdemedecine.blogspot.com

Hidden page

coursdemedecine.blogspot.com

Hidden page

ITEM 273

Pathologies hémorroïdaires

*Objectifs : Diagnostiquer une pathologie hémorroïdaire.
Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi du patient.*

Hémorroïdes

Diagnostic = clinique

Facteurs favorisants :

- ▶ constipation
- ▶ hypertonie sphinctérienne
- ▶ grossesse
- ▶ hypertension portale

Clinique :

- ▶ PROLAPSUS hémorroïdaire ± réductible
- ▶ DOULEUR ANALE intense si thrombosée
- ▶ RECTORRAGIES parfois
- ▶ inspection : paquet rouge sombre avec plissement longitudinal
- ▶ toucher anal et toucher rectal : tonus sphinctérien, masse tumorale
- ▶ anoscopie

Thrombose hémorroïdaire :

- ▶ douleur anale brutale permanente non pulsatile
- ▶ apyrexie
- ▶ tuméfaction violacée extériorisée, ferme, douloureuse (non extériorisée si hémorroïde interne)
- ▶ régression de la douleur en 3–7 jours

Rectorragies hémorroïdaires :

- ▶ rythmées par les selles, sang sur les selles et non mélangées
- ▶ ne donne pas d'anémie microcytaire (rechercher autre cause)

Diagnostics différentiels

- ▶ Chroniques : tumeur anale, condylomes.
- ▶ Aigus : abcès, thrombose hémorroïde externe.

coursdemedecine.blogspot.com

Hidden page

coursdemedecine.blogspot.com

Hidden page

coursdemedecine.blogspot.com

Hidden page

coursdemedecine.blogspot.com

Hidden page

coursdemedecine.blogspot.com

Hidden page

- ▶ Antalgiques intraveineux.
- ▶ TRAITEMENT CHIRURGICAL EN URGENCE :
 - ◆ laparotomie ou cœlioscopie (péritonite appendiculaire, perforations gastro-duodénales)
 - ◆ exploration cavité abdominale, bilan des lésions : recherche étiologie
 - ◆ PRÉLÈVEMENTS BACTÉRIOLOGIQUES du liquide péritonéal
 - ◆ TRAITEMENT ÉTIOLOGIQUE (appendicectomie, sigmoïdectomie, suture ulcère...)
 - ◆ EXAMEN ANATOMOPATHOLOGIQUE des pièces d'exérèse
 - ◆ toilette péritonéale
 - ◆ vidange rétrograde du grêle
 - ◆ drainage péritonéal
- ▶ ANTIBIOTHÉRAPIE probabiliste, à large spectre, bactéricide, intraveineuse, active sur les germes digestifs et réalisée si possible après les prélèvements peropératoires :
 - ◆ amoxicilline-acide clavulanique +/- gentamycine selon gravité
 - ◆ ou C3G + MÉTRONIDAZOL
 - ◆ durée de l'antibiothérapie (SFAR, 2000) :
 - plaies pénétrantes abdominales avec ouverture du tube digestif opérées dans les douze heures suivant le traumatisme : 24 h
 - péritonite localisée, ulcère gastrique ou duodénal perforé : 48 h
 - péritonite généralisée opérée rapidement : 5 j
 - péritonite généralisée stercorale ou vue tardivement : 7-10 j
- ▶ Surveillance clinique et paraclinique de l'efficacité et de la tolérance :
 - ◆ clinique : constantes : température, FC, TA, reprise du transit, douleur
 - ◆ paraclinique : hémogramme, CRP, ionogramme sanguin



Le mot du conférencier

Sujet pas encore tombé, question pouvant être intégrée dans un dossier transversal.

- Faire la différence entre deux types :
 - primitive : rare, contamination directe sans lésion viscérale : tuberculose, ascite infectée du cirrhotique, infection sur cathéter de dialyse péritonéale;
 - secondaire : diffusion ou perforation d'un viscère intra-abdominal.
- Préciser le caractère postopératoire ou non.
- Bien connaître la prise en charge globale puis les spécificités pour les causes les plus fréquentes.



la collection des conférenciers

dirigée par F. Lamazou

<http://coursdemedecine.blogspot.com/>

Chirurgie digestive

Q. Pellenc
H. Tranchart
F. Lamazou

La collection

Bien différents des ouvrages de cours ou de fiches existants, les ouvrages de « **La collection des conférenciers** » sont issus d'une analyse détaillée des annales de l'Internat et des ECN de ces dernières années.

Cette collection a pour objectif d'apprendre à l'étudiant de DCEM2-DCEM4 comment utiliser le mieux possible ses connaissances pour réussir les ECN.

- Des conseils méthodologiques généraux sont donnés en début d'ouvrage.
- Ensuite, chaque item fait l'objet d'une ou plusieurs fiches, traitant sous forme de réponses-types les points importants pour les ECN. Les zéros aux questions ⚠ sont également signalés au cours du texte.
- Chaque fiche s'achève par la rubrique « **Le mot du conférencier** » : l'auteur-conférencier y donne son avis sur le sujet, signale aux étudiants les pièges classiques à éviter, les sujets tombés et « tombables », et les erreurs et lacunes classiques observées lors des conférences et des concours blancs.

L'ouvrage

Dans cet ouvrage, tous les **items de chirurgie digestive** du programme sont traités.

Le public

Les étudiants de DCEM2-DCEM4 qui souhaitent se préparer efficacement aux **Épreuves Classantes Nationales**.

Les auteurs

Quentin Pellenc est interne en DES de chirurgie générale et conférencier d'internat à Laennec.

Hadrien Tranchart est interne en DES de chirurgie générale.

Frédéric Lamazou est interne en DES de gynécologie-obstétrique, en DESC d'andrologie et en DESC de médecine de la reproduction, conférencier d'internat aux conférences Laennec, Hermès et Kalifa.

Pour vous préparer aux ECN
retrouvez tous les items et les ouvrages de DCEM
sur www.masson.fr

ISBN 978-2-294-70120-7



Copyrighted material